

DE
L'ESTOMAC AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

(Les cas d'empoisonnement non compris)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 9 août 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH-JEAN-BAPTISTE MALLÉN

NÉ A LYON



LYON

IMPRIMERIE CHANOINE, LÉON DELAROCHE ET C^{ie}, SUCCESSIONS

10, Place de la Charité, 10

Août 1883

DE

L'ESTOMAC AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

(Les cas d'empoisonnement non compris)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 9 août 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH-JEAN-BAPTISTE MALLÉN

NÉ A LYON



LYON

IMPRIMERIE CHANOINE, LÉON DELAROCHE ET C^{ie}, SUCCESSIONS

10, Place de la Charité, 10

Août 1883

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN
BONDET.	} ASSESSEURS
CROLAS	
MONOYER	

PROFESSEURS, PROFESSEURS ADJOINTS

Anatomie.	MM. PAULET.
Physiologie.	{ PICARD
	MORAT, professeur délégué
Anatomie générale et histologie.	RENAUT
Anatomie pathologique.	PIERRET
Médecine expérimentale et comparée.	CHAUVEAU
Chimie minérale.	GLÉNARD
Chimie organique et toxicologie.	CAZENEUVE
Physique médicale.	MONOYER
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET
Pharmacie.	CROLAS
Pathologie interne.	BONDET
Pathologie externe.	{ BERNE
	LÉTIÉVANT, profess. adjoint
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET
Hygiène.	ROLLET
Thérapeutique.	SOULIER
Matière Médicale et Botanique.	CAUVET
Médecine légale.	LACASSAGNE
Médecine opératoire.	PONCET.
	TEISSIER
Cliniques médicales.	{ LÉPINE
	RAMBAUD, professeur adjoint
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER
	TRIPPIER (LÉON)
Clinique obstétricale et Accouchements.	{ BOUCHACOURT
	DELORE, professeur adjoint
Clinique ophtalmologique.	GAYET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON
Clinique des maladies mentales.	X.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE.. . . .	Chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD.. . . .	Chargé du cours.
Professeur honoraire.	M. DESGRANGES.	

AGRÉGÉS

MM. ARLOING.	MM. LEVRAT.
BOUVERET.	PERRET.
DUCHAMP.	SICARD.
LAURE.	

MM. J. TEISSIER.
VINAY.
VINCENT.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

MM. BERGEON.	MM. DRON.
CHANDELUX	MARDUEL.
CHARPY.	MOLLIÈRE.
COLRAT.	R. TRIPIER

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LACASSAGNE, président; M. PIERRET, assesseur; MM. PERRET et D. MOLLIÈRE, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MON ONCLE ET A MA TANTE
MALLÉN

(TÉMOIGNAGE DE PROFONDE RECONNAISSANCE)

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR LACASSAGNE

A M LE DOCTEUR COUTAGNE
CHEF DES TRAVAUX DU LABORATOIRE DE MÉDECINE
LÉGALE

A M. LE DOCTEUR FESSY
INTERNAT DE SAINT-ÉTIENNE 1881-82

AVANT-PROPOS

C'est au laboratoire de médecine légale de la Faculté et sur les conseils de notre excellent maître, M. le professeur Lacassagne, que nous avons entrepris l'étude de l'estomac au point de vue médico-légal. Des médecins-experts n'ont pas toujours accordé à l'examen de cet organe l'importance qu'il mérite. Nous venons revendiquer pour l'estomac la place qu'il doit occuper dans les autopsies médico-légales. De plus, nous allons chercher à réunir, dans un travail systématique, les données importantes qu'on peut tirer de l'examen de cet organe. Comme nous l'indiquons dans le titre de ce travail, nous laissons complètement de côté les empoisonnements.

Nous faisons précéder notre étude médico-légale de l'estomac d'une courte introduction anatomique et physiologique.

Notre sujet proprement dit comprendra quatre chapitres :

Dans un premier chapitre, nous donnons à l'estomac

le rang de quatrième cavité à ouvrir dans toute autopsie médico-légale, et nous exposons les règles générales à observer dans l'examen nécroscopique de cet organe ;

Un deuxième chapitre est consacré tout entier à l'étude de l'estomac du fœtus ;

Dans un troisième chapitre, nous examinons l'estomac comme cause de mort. Les données fournies par cet organe sont alors d'une importance capitale ;

Enfin, dans un quatrième et dernier chapitre, nous examinons l'état de l'estomac dans les autres genres de mort (lésions traumatiques, asphyxie, etc.).

Tel est le plan que nous nous proposons de suivre dans ce travail.

Maintenant, que M. le professeur Lacassagne veuille accepter le témoignage de notre vive reconnaissance pour les précieuses observations qu'il a eu l'obligeance de mettre à notre disposition et l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Que M. le docteur H. Coutagne, chef des travaux du laboratoire de médecine légale, dont le temps et les conseils ne nous ont jamais fait défaut pendant le cours de nos recherches, reçoive également nos sincères remerciements.

Nous devons aussi une mention toute spéciale à notre collègue et ami Meurer, qui a mis à notre complète disposition sa connaissance approfondie de la langue allemande pour les traductions nécessitées par nos recherches.

INTRODUCTION ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

Avant d'aborder notre sujet, nous croyons utile de rappeler l'anatomie et la physiologie de l'estomac. Nous emprunterons donc aux ouvrages classiques les traits principaux de l'histoire de cet organe.

L'estomac est ce vaste renflement intermédiaire à l'œsophage et à l'intestin grêle. Il a, disent la plupart des auteurs, la forme d'une cornemuse et occupe une partie de l'épigastre et de l'hypochondre gauche. Son volume est très variable, suivant son état de vacuité ou de plénitude. Ce volume diminue par l'abstinence ; il augmente chez les gros mangeurs et surtout quand un rétrécissement du pylore force les aliments à séjourner dans sa cavité. Sa capacité est de près de trois litres, son poids de 200 grammes environ. Il mesure 20 centimètres dans son diamètre transverse, et 8 à 10 dans son diamètre antéro-postérieur.

A l'état de vacuité, ses deux faces regardent directement en avant et en arrière, et ses deux bords directement en haut et en bas. Mais à mesure que l'estomac se remplit, il éprouve un mouvement de bascule autour d'un axe transversal, de telle sorte que la face antérieure tend à devenir supérieure, et la face postérieure à devenir inférieure. De même la grande

courbure tend à regarder en avant et la petite courbure en arrière. Les rapports de la face antérieure de l'estomac avec la paroi abdominale ont été déterminés d'une façon très rigoureuse par M. Labbé. Il a constaté que jamais la grande courbure ne remonte au delà d'une ligne transversale reliant le cartilage des neuvièmes côtes. Donc la face antérieure de l'estomac vide se trouve en rapport directement avec la paroi abdominale dans un espace triangulaire dont la base correspond à la grande courbure, et dont les bords sont formés, à droite par le lobe gauche du foie, et à gauche par le rebord des fausses côtes gauches. Le reste de la face antérieure de l'estomac correspond, à droite, au lobe gauche du foie, et, à gauche, au diaphragme qui la sépare des six dernières côtes gauches. La face postérieure du foie recouvre la 3^e portion, du duodénum, les vaisseaux mésentériques, le pancréas et les vaisseaux spléniques qui longent son bord supérieur.

L'estomac a deux orifices. Un orifice supérieur ou cardia fait communiquer l'estomac avec l'œsophage. Il répond en avant au bord postérieur du foie, qui est échancré pour le recevoir. L'orifice inférieur, ou pylore, est la partie la plus mobile de l'organe; il répond, en haut, à la face inférieure du foie, en bas, au côlon transverse.

L'estomac est constitué par trois tuniques : une première tunique séreuse qui sert à relier l'organe à la cavité où il est situé et à faciliter les mouvements de la membrane musculeuse ; une deuxième, dite membrane musculeuse, et une troisième, la membrane

muqueuse. Cette muqueuse limite la cavité de l'estomac. Elle est d'un gris cendré chez l'adulte, rosée chez l'enfant, mais pendant la digestion elle devient rouge et turgescence à cause de l'afflux sanguin dont elle est le siège. Après la mort, cette muqueuse s'altère avec une très grande rapidité. La cavité stomacale est parcourue par de grands plis s'effaçant par la distension. La surface est subdivisée en mamelons de 1 à 8 millimètres carrés. Dans l'épaisseur de cette muqueuse sont des éléments anatomiques importants; les glandes dont la sécrétion constitue presque toute la fonction de l'estomac. Ces glandes sont de deux espèces : les unes glandes à mucus préposées à la sécrétion du mucus destiné à lubrifier la surface de l'estomac. On les rencontre surtout dans le voisinage du pylore. Les autres glandes à pepsine président à la sécrétion du suc gastrique. Elles occupent toute la surface de la muqueuse, sauf le voisinage du pylore.

Enfin, si nous ajoutons des artères, des veines, des vaisseaux lymphatiques et des nerfs, nous aurons, en résumé, la structure complète de l'estomac. De cette structure complexe découle, pour cet organe, une fonction complexe. L'estomac sert à recevoir, à emmagasiner aliments et boissons. L'œsophage lui apporte les aliments, pour ainsi dire, à l'état brut. Ils ont été seulement divisés par les dents et imprégnés de salive. L'arrivée des aliments dans l'estomac détermine, par voie réflexe, la sécrétion du suc gastrique. Le suc gastrique a pour propriété, presque exclusive, de digérer les matières albuminoïdes. Ses propriétés digestives, il les doit à l'action simultanée de deux

agents : l'un constitué par une substance azotée qui est la pepsine, l'autre par un acide qui serait pour Richet l'acide chlorhydrique. En même temps que la muqueuse stomacale inonde les aliments de suc gastrique, la tunique musculieuse par ses mouvements renouvelle sans cesse le contact entre les aliments et la muqueuse et rend le mélange plus intime. Alors s'exerce l'action du suc gastrique sur les matières alimentaires qui, après 3 ou 4 heures, se trouvent converties en une bouillie claire, grisâtre, d'apparence homogène. Quelle a été l'action du suc gastrique sur les différents aliments ? Nous passerons en revue cette action sur les aliments albuminoïdes, sur les aliments gras, sur les aliments féculents et sucrés.

Aliments albuminoïdes. — Les matières albuminoïdes proprement dites sont : les albumines des œufs (mammifères, oiseaux, poissons), celles qui se trouvent dans le plasma musculaire, la sérine du serum, la vitelline, la globuline, l'hémoglobine, la caséine, la légumine, la fibrine du sang, la musculine des muscles, la fibrine du gluten, etc.

Ces aliments ne sont-ils que chymifiés, dissociés, réduits à l'état de pulpe comme le veut Cl. Bernard ? Ou bien subissent-ils une série de métamorphoses, se peptonisent-ils comme le veut Schiff et son école ? La question n'est pas encore résolue et de nouvelles recherches sont nécessaires pour arriver à une solution.

Aliments gras. — Le suc gastrique n'a aucune

action chimique sur les matières grasses. Mais l'enveloppe des vésicules graisseuses étant de nature azotée, elle est dissoute et la graisse se fluidifie dans l'estomac.

Aliments féculents et sucrés. — Le suc gastrique est impuissant à produire la transformation des matières amylacées. Mais Ch. Richet a démontré que l'acidité de l'estomac loin d'atténuer cette transformation la favorise au contraire d'une façon notable.

Le sucre n'est pas modifié par le suc gastrique.

Durée de la digestion. — Les observations de Ch. Richet sur Marcelin, celles de Beaumont sur le canadien Saint-Martin, ont permis de fixer la science sur ce point. Ces observateurs étudiant la digestion à travers la fistule stomacale de leurs sujets ont constaté que les aliments séjournent environ 3 heures dans l'estomac, et qu'à partir de ce moment ils traversent le pylore assez rapidement, poussés qu'ils sont par les contractions de l'organe.

Digestibilité stomacale des aliments. — Le suc gastrique est le grand dissolvant des aliments. Mais cette action dissolvante est loin de s'exercer avec la même énergie sur tous les aliments. Ce degré variable de résistance des aliments à l'action dissolvante du suc gastrique constitue ce qu'on appelle la digestibilité stomacale des aliments.

C'est à l'abbé Spallanzani que revient le mérite d'avoir entrepris les premières expériences sur les dif-

agents : l'un constitué par une substance azotée qui est la pepsine, l'autre par un acide qui serait pour Richet l'acide chlorhydrique. En même temps que la muqueuse stomacale inonde les aliments de suc gastrique, la tunique musculieuse par ses mouvements renouvelle sans cesse le contact entre les aliments et la muqueuse et rend le mélange plus intime. Alors s'exerce l'action du suc gastrique sur les matières alimentaires qui, après 3 ou 4 heures, se trouvent converties en une bouillie claire, grisâtre, d'apparence homogène. Quelle a été l'action du suc gastrique sur les différents aliments ? Nous passerons en revue cette action sur les aliments albuminoïdes, sur les aliments gras, sur les aliments féculents et sucrés.

Aliments albuminoïdes. — Les matières albuminoïdes proprement dites sont : les albumines des œufs (mammifères, oiseaux, poissons), celles qui se trouvent dans le plasma musculaire, la sérine du serum, la vitelline, la globuline, l'hémoglobine, la caséine, la légumine, la fibrine du sang, la musculine des muscles, la fibrine du gluten, etc.

Ces aliments ne sont-ils que chymifiés, dissociés, réduits à l'état de pulpe comme le veut Cl. Bernard ? Ou bien subissent-ils une série de métamorphoses, se peptonisent-ils comme le veut Schiff et son école ? La question n'est pas encore résolue et de nouvelles recherches sont nécessaires pour arriver à une solution.

Aliments gras. — Le suc gastrique n'a aucune

action chimique sur les matières grasses. Mais l'enveloppe des vésicules graisseuses étant de nature azotée, elle est dissoute et la graisse se fluidifie dans l'estomac.

Aliments féculents et sucrés. — Le suc gastrique est impuissant à produire la transformation des matières amylacées. Mais Ch. Richet a démontré que l'acidité de l'estomac loin d'atténuer cette transformation la favorise au contraire d'une façon notable.

Le sucre n'est pas modifié par le suc gastrique.

Durée de la digestion. — Les observations de Ch. Richet sur Marcelin, celles de Beaumont sur le canadien Saint-Martin, ont permis de fixer la science sur ce point. Ces observateurs étudiant la digestion à travers la fistule stomacale de leurs sujets ont constaté que les aliments séjournent environ 3 heures dans l'estomac, et qu'à partir de ce moment ils traversent le pylore assez rapidement, poussés qu'ils sont par les contractions de l'organe.

Digestibilité stomacale des aliments. — Le suc gastrique est le grand dissolvant des aliments. Mais cette action dissolvante est loin de s'exercer avec la même énergie sur tous les aliments. Ce degré variable de résistance des aliments à l'action dissolvante du suc gastrique constitue ce qu'on appelle la digestibilité stomacale des aliments.

C'est à l'abbé Spallanzani que revient le mérite d'avoir entrepris les premières expériences sur les dif-

férents degrés de digestibilité des aliments. Cet expérimentateur ingénieux, que tourmentait l'amour de la vérité, n'a pas craint d'arracher avec effort à son estomac le suc gastrique qu'il voulait obtenir, pour faire avec lui des expériences; il a eu l'audace d'avaler des boules creuses ou des tubes ouverts aux deux bouts et percés de trous ou des bourses de toile contenant des substances alimentaires, et ensuite lorsque ces boules ou ces tubes étaient rendus soit par vomissement, soit par défécation, il examinait les modifications apportées aux substances contenues dans leur intérieur.

Il résulte de ces expériences que plus les viandes sont tendres, plus elles sont faciles à digérer, que tous les moyens qui contribuent à les attendrir les rendent plus digestibles; ainsi les viandes bouillies sont plus digestibles que les rôties.

Le pain et les végétaux bouillis sont plus digestibles que tous les autres aliments, et la soupe est non seulement un aliment nourrissant, mais encore d'une digestion très aisée. Par conséquent toutes les viandes et tous les végétaux durcis par quelques moyens, comme les viandes salées et les légumes conservés d'une manière quelconque, deviennent des aliments indigestes quand on ne les envisagerait que comme des aliments d'une texture plus dure.

Les fruits fondants et délicats, qui n'ont qu'une matière extractive, se digèrent mieux que les fruits huileux, tels que les amandes émulsives; les semences des légumes, comme les fèves et les haricots, sont les plus difficiles à digérer, sans doute parce qu'on les mâche mal, car leur farine se digère fort bien.

Plus tard, les expériences de Gosse, de Genève, et les observations de digestion, pour ainsi dire *in vitro* du docteur Beaumont sur son canadien, sont venues confirmer pleinement les expériences de Spallanzani.

Gosse, de Genève, possédait la faculté de vomir à volonté, en avalant une gorgée d'air. Il eut l'idée de mettre à profit cette faculté pour connaître par le vomissement le degré de digestibilité des différents aliments dont il pouvait se nourrir.

Il remarqua que les substances qu'il digérait le plus facilement, c'est-à-dire, en une ou deux heures, étaient : les œufs frais à la coque, le lait de vache, la chair d'agneau, de veau, de poulet et des volailles tendres, le poisson frais cuit, les épinards, les asperges, les artichauts, le céleri, les fruits cuits, pommes et pruneaux, le gruau, le pain rassis de froment et de seigle, les pommes de terre et le sagou.

D'autres substances n'étaient digérées qu'au bout de 4, 5 ou 6 heures : la viande de porc, le sang cuit, les œufs durs, les huîtres, les salades, la laitue, la chicorée, le cresson, les choux, les choux-fleurs, les carottes, les oignons crus ou cuits, les radis, la pâtisserie.

D'autres substances enfin étaient fort difficiles à digérer, restaient très longtemps dans l'estomac : c'étaient les parties tendineuses et aponévrotiques, les morceaux d'os, la couenne de lard, les champignons, les truffes, les graines huileuses, les noix, amandes, pistaches, noisettes, cacao, le raisiné, les écorces d'oranges et de citrons confits, les enveloppes des haricots, des pois et des lentilles cuites. Quant

aux pépins de raisins, de groseilles, cerises, prunes, poires, pommes, abricots et pêches, aussi bien que les noyaux de ces derniers, Gosse a constaté qu'ils étaient complètement indigestes.

Le docteur Beaumont, qui a étudié pendant plusieurs années la digestion à travers la fistule stomacale de son canadien, a dressé le tableau suivant sur la digestibilité des aliments :

Digestion de 1 heure : Riz, tripes, pieds de cochon.

Digestion de 1 h. 1/2 à 2 h. — Sagou, pommes, truite saumonée, cervelle.

Digestion de 2 h. — Tapioca, orge, lait bouilli, œufs crus, morue bouillie, choucroûte, foie de bœuf grillé.

Digestion de 2 h. 1/2 à 3 h. — Lait non bouilli, gélatine bouillie, crème, fèves, pommes de terre rôties, dinde rôtie et bouillie, oie rôtie, cochon de lait rôti, poulet fricassé, agneau grillé, huîtres.

Digestion de 3 h. à 3 h. 1/2. — Œufs à la coque, 3 h. ; œufs durs, 3 h. 1/2 ; bœuf rôti, bifteck, bœuf bouilli, porc grillé et mouton grillé, pain de blé, pudding aux pommes, carottes bouillies.

De 3 h. 1/2 à 4 h. — Porc bouilli ou frit, veau grillé, canard rôti, cœur frit, soupe de bœuf bouilli.

De 4 h. à 5 h. — Canard sauvage, choux bouillis.

On comprend que ces chiffres ne doivent être considérés que comme approximatifs, car les aptitudes de l'estomac varient avec les individus.

Le travail de la digestion chez un même individu

peut aussi être influencé par des circonstances très diverses. Ainsi le repos de l'esprit, la position verticale du corps et même l'exercice modéré après le repas favorisent la digestion. Au contraire, le travail intellectuel, la marche forcée, une course, un travail corporel pénible suspendent ou ralentissent la digestion.

Un état fébrile, une inflammation de l'estomac ralentissent la chymification. (Expériences de Leven.)

Mais qu'arrive-t-il lorsque la mort surprend un animal en pleine activité digestive? Hunter prétend que la digestion se continue après la mort et il affirme avoir observé, chez des cadavres, une véritable digestion de l'estomac. Spallanzani étudia expérimentalement la question sur des animaux qu'il sacrifiait immédiatement après leur avoir ingéré une quantité déterminée d'aliments. La digestion des aliments ne se manifestait que lorsqu'il avait soin de faire intervenir soit la chaleur solaire, soit la chaleur artificielle d'une étuve. Cette digestion ne se manifestait point d'une manière sensible chez les animaux abandonnés au refroidissement. Mais dans aucun cas il n'observa une digestion complète des parois stomacales, comme l'avait avancé Hunter. Sans nier les faits de Hunter, nous croyons qu'ils doivent être tout à fait exceptionnels. M. le professeur Lacassagne, qui a pratiqué un très grand nombre d'autopsies d'individus morts en pleine activité digestive, n'a jamais observé de digestion des parois stomacales. L'état des matières alimentaires, dont la nature peut le plus souvent être reconnue avec la plus grande facilité, indique que la

mort arrête à peu près immédiatement le travail de la digestion. Au reste, l'arrêt brusque des mouvements de l'estomac, de la circulation intra-pariétale et des sécrétions, et surtout le refroidissement rapide du cadavre, sont peu compatibles avec une continuation du travail de la digestion.

CHAPITRE PREMIER

EXAMEN DE L'ESTOMAC OU QUATRIÈME CAVITÉ A OUVRIR DANS LES AUTOPSIES MÉDICO-LÉGALES

Tous les auteurs posent comme règle générale à observer dans les autopsies médico-légales l'ouverture des trois grandes cavités : la tête, le thorax et l'abdomen. M. le professeur Lacassagne ajoute une quatrième cavité aux trois cavités classiques des auteurs et pose comme règle absolue à observer dans toute autopsie médico-légale l'ouverture de quatre cavités : le thorax, l'abdomen, l'estomac et la tête. Cette règle est toujours observée rigoureusement au laboratoire de médecine légale de la Faculté de Lyon, et cela même dans les cas où rien ne paraît désigner l'estomac aux recherches du médecin légiste. En effet, les renseigne-

ments que peut nous fournir ce viscère sont souvent d'une importance capitale, toujours intéressants, jamais inutiles. Mais si l'importance de l'examen nécroscopique ne saurait être contestée, en revanche, de tous les organes du corps, il n'y en a peut-être pas un dont l'examen rigoureux présente plus de difficultés que l'estomac ; dans aucun la mort n'amène des modifications plus variées, plus rapides ou qui simulent plus exactement les effets de la maladie. Les délais que la loi nous force d'accepter entre la mort et la dissection viennent encore augmenter quelquefois la détérioration des tissus de l'estomac et rendre plus difficile la tâche de l'anatomiste.

Immédiatement après la mort, la couche épithéliale de la muqueuse disparaît, et quelques heures plus tard apparaissent des phénomènes cadavériques qu'il importe de ne point confondre avec des lésions pathologiques. L'estomac, comme les autres parties du corps, devient le siège d'une congestion passive qui vient modifier sa coloration normale.

Ces phénomènes d'hypostase se rencontrent sur presque tous les cadavres. Ils se reconnaissent à leur siège sur les parties déclives de l'estomac, à la teinte violacée et à l'engorgement des veines de l'organe. Toutefois, nous avons vu cette congestion hypostatique manquer complètement chez des sujets morts d'hémorragie.

La putréfaction vient aussi rapidement exercer son empire ordinaire, contribuant à augmenter les difficultés de l'examen nécroscopique de ce viscère. En outre de ces trois modifications à peu près constantes :

desquamation épithéliale, phénomènes d'hyposthase, phénomènes de putréfaction cadavérique, certains auteurs prétendent avoir observé dans certains cas une véritable digestion *post mortem* de l'estomac. Ce travail de dissolution, suivant sa durée et son activité, amènerait des résultats très complexes et très variables, tels que ramollissement, érosion et destruction d'étendue et de profondeur variables et pouvant même atteindre les viscères voisins.

Ces résultats de digestion *post mortem* de l'estomac auraient surtout été observés dans les cas où la mort a eu lieu subitement après le repas, c'est-à-dire quand l'estomac contient une grande quantité de suc gastrique récemment sécrété. Brinton croit aussi que la consistance solide ou la nature féculente des aliments est une condition favorable, de même que la bonne santé et surtout la jeunesse du sujet. Comme nous l'avons déjà fait observer, ces faits doivent être tout à fait exceptionnels, et dans le grand nombre d'autopsies auxquelles nous avons assisté, nous n'avons jamais observé de cas de ce genre.

Un autre signe de l'empire des lois physiques observé assez fréquemment doit être signalé. Nous voulons parler de certains exemples connus d'imbibition ou d'infiltration de la muqueuse stomacale par des substances colorantes diverses qui viennent modifier singulièrement la coloration normale de cette membrane. Tantôt c'est une coloration rouge uniforme due à certaines substances telles que le vin, le bois de campêche, les décoctions de quinquina. Tantôt c'est une coloration verdâtre, due à la matière colorante de la bile.

Dans les cas ordinaires, c'est-à-dire dans les autopsies pratiquées après le délai légal de vingt-quatre heures, les modifications cadavériques se bornent, en général, aux phénomènes que nous venons de décrire. Mais dans les autopsies tardives, c'est-à-dire lorsqu'un cadavre enterré est exhumé après un certain temps, de nouvelles modifications cadavériques apparaissent. Nous donnons, d'après les recherches d'Orfila et de Devergie, une esquisse rapide des différents états sous lesquels peut se présenter l'estomac : Dans les premiers temps, la muqueuse est jaunâtre, d'une couleur « aurore », grisâtre, d'un gris bleuâtre ou d'un vert bouteille; quelquefois ces teintes sont parsemées de taches brunes, vertes ou ardoisées. Le tissu de l'estomac se ramollit rapidement, et des gaz putrides se développent soit dans sa cavité, soit dans l'épaisseur de ses tuniques. Sous l'influence de ce développement de gaz, l'estomac peut augmenter beaucoup de volume. En même temps, la muqueuse se ramollit par places; dans quelques points elle se laisse enlever par le frottement avec le dos du scalpel, sous forme d'une matière semblable à de la boue délayée. A une époque plus éloignée, on ne retrouve l'estomac que sous forme d'une portion de cylindre offrant une cavité. Bientôt après, l'estomac n'est plus qu'une masse feuilletée, desséchée, susceptible d'être réduite en filaments coralliformes, et en dernier lieu une matière noire humide, ayant le luisant du cambouis, confondue avec le reste des viscères. On conçoit sans peine quelle importance il y a à connaître ces phénomènes purement cadavériques et à ne pas les confondre avec des

lésions dont l'estomac a pu être le siège pendant la vie.

Ces considérations étant faites, exposons la manière de procéder à l'examen nécroscopique de l'estomac. L'abdomen étant ouvert par les procédés ordinaires, il faut immédiatement placer une double ligature au cardia et une double ligature au pylore. On emprisonne ainsi le contenu de l'estomac, et on l'empêche soit de s'échapper par l'œsophage, soit de pénétrer dans l'intestin. On visite alors avec soin la cavité péritonéale. Si cette cavité renferme des matières liquides ou solides, il faut recueillir avec précaution toutes ces substances, éponger la cavité péritonéale, et exprimer les éponges dans le vase où l'on aura recueilli toutes ces substances. On explore ensuite toute la surface des viscères abdominaux.

Pour ce qui concerne l'estomac, on examine avec attention ses deux faces. Pour cela, il convient de faire une incision de soixante ou quatre-vingts millimètres au bord antérieur du diaphragme, et on relève le lobe gauche du foie, ce qui permet d'examiner la face antérieure de l'organe. Pour voir la face postérieure de l'estomac, on coupe transversalement l'épiploon gastro-colique. Dans cette exploration, on recherche s'il n'y a pas quelque anomalie ou vice de conformation, quelque déplacement ou hernie de ce viscère; on note avec soin son volume, son état de dilatation ou au contraire de rétraction, son état extérieur, celui de ses orifices, de la séreuse, de ses vaisseaux, etc. On portera toute son attention sur les solutions de continuité de ses parois. On étudie, dans

ces solutions de continuité, leur situation exacte, leur étendue, l'état des bords de la plaie, la présence ou l'absence d'extravasation sanguine. On notera les lésions inflammatoires de voisinage. S'il existe des adhérences de l'estomac aux organes voisins, celles-ci doivent être décrites avec détail.

On enlève alors avec précaution l'estomac en coupant entre les deux ligatures, préalablement placées à chaque extrémité. On le place immédiatement dans un vase qu'on aura choisi à cet effet. Il faudra faire en sorte de ne pas le déposer sur un plateau ou un vase plat, ce qui permettrait aux matières contenues dans sa cavité de s'échapper. On se servira d'un vase creux de verre ou de faïence. Si l'on opère à la campagne, la vulgaire assiette à soupe remplira à merveille le rôle de récipient de l'estomac. L'extrême propreté du vase n'a pas moins d'importance que sa forme. Le fait suivant, rapporté par Chaussier, nous montre que ces précautions, qui peuvent paraître trop minutieuses, sont absolument nécessaires pour éviter toute erreur : « En faisant l'ouverture d'un cadavre, dit Chaussier, on posa négligemment l'estomac sur un sable fin et quartzeux, et des gens peu attentifs, qui firent ensuite l'examen de ce viscère et des substances que l'on en avait tirées, y ayant trouvé quelques molécules quartzeuses, attribuèrent la mort à un empoisonnement causé par le verre en poudre. » L'estomac placé dans un récipient présentant les qualités requises, on examinera alors de nouveau sa surface, en ayant soin de l'éponger afin d'enlever les parties qui peuvent souiller sa surface et faire commettre des erreurs à l'expert

dans la description des altérations de coloration, de réplétion vasculaire, arborisations, etc. Des taches de Tardieu ont été observées à la surface muqueuse de l'estomac dans différentes autopsies.

Tous les détails de la surface extérieure étant relatés, on procède à l'ouverture de l'estomac. On ouvre ce viscère dans toute sa longueur; on note l'odeur des gaz qui se dégagent et on recueille précieusement le contenu stomacal. On doit examiner et noter la masse et la nature du contenu, lequel peut être constitué par des matières alimentaires, plus ou moins altérées par le travail de la digestion, par des mucosités, par du sang, du pus, etc. Si la digestion était peu avancée au moment de la mort, la nature des matières alimentaires est parfaitement reconnaissable. Des corps étrangers, des parasites ont été rencontrés au milieu des matières stomacales. Il est aussi bon d'examiner au papier tournesol la réaction du contenu stomacal. Dans les cas ordinaires, ce contenu ainsi examiné pourra être abandonné; mais s'il y a des soupçons d'empoisonnement, ce contenu doit être placé dans un bocal et scellé, afin de pouvoir ultérieurement être soumis à l'analyse chimique, selon les règles tracées par MM. Lacassagne et Chapuis. (Voir Toxicologie de Chapuis.)

L'examen de la muqueuse doit suivre celui du contenu stomacal. Il est bon de retourner l'estomac et de laver sa cavité sous un filet d'eau distillée, afin d'enlever toutes les parties solubles et d'en détacher toutes les parties étrangères qui peuvent y adhérer. On aura ainsi mise à nu toute la surface muqueuse dont l'aspect

général est loin d'être le même dans tous les cas. M. le professeur Lacassagne nous a fait remarquer souvent qu'à ce point de vue on pouvait distinguer deux sortes d'estomacs : les estomacs à colonnes, dont la surface est parsemée de saillies, et les estomacs lisses et flasques. L'attention se portera ensuite sur les autres caractères de la muqueuse, tels que sa coloration, sa consistance, son épaissement. La coloration de la muqueuse sur le cadavre est ordinairement rouge sombre. Elle est parfois gris noirâtre, ardoisée, zébrée. Les vaisseaux sont presque constamment injectés vers le cardia et vers le bas-fond. L'état des orifices, cardia et pylore, doit être décrit. On note leur direction et leur calibre. Les ulcérations ou perforations doivent être l'objet d'une attention toute spéciale. On notera leur siège exact, leur forme, leur étendue, leur profondeur, l'état des bords, l'état des tissus voisins. Car c'est d'après l'examen de tous ces caractères qu'on pourra distinguer les perforations spontanées des perforations d'origine toxique.

CHAPITRE II

ESTOMAC DU FŒTUS

L'estomac du fœtus, en raison de son importance et des questions particulières qui s'y rattachent, a droit à un chapitre spécial. Son histoire comprend l'étude des différentes substances alimentaires ou autres qu'on peut rencontrer dans sa cavité. Le procédé de Breslau ou docimasie gastro-intestinale trouvera dans ce chapitre sa place naturelle. Enfin, l'examen de l'estomac dans certains procédés particuliers d'infanticide (submersion, enfouissement, inanition) complétera l'histoire médico-légale de l'estomac du fœtus.

A. — CONTENU DE L'ESTOMAC DU FŒTUS AU MOMENT DE LA NAISSANCE.

Immédiatement après la naissance, l'estomac du nouveau-né n'est pas vide, comme on pourrait être

tenté de le croire. Le docteur Robinson a fait des recherches sur le contenu de l'estomac fœtal pendant la vie intra-utérine, et il a trouvé que, dans la dernière période de la vie utérine, on y rencontrait constamment des substances de nature muqueuse et albumineuse. Ces substances se présentent sous l'aspect de mucosités glaireuses. Ces mucosités, plus ou moins visqueuses, ont parfois une coloration blanchâtre, mais habituellement elles sont plus ou moins teintées par du sang. La présence de ces mucosités sanguinolentes dans l'estomac des nouveau-nés n'a pas d'importance au point de vue médico-légal. On les rencontre, soit chez les mort-nés, soit chez l'enfant né vivant, mais tué immédiatement après sa naissance. Elles n'ont donc aucune valeur comme preuve de naissance en vie d'un nouveau-né.

B.—DOCIMASIE GASTRO-INTESTINALE DE Breslau.

Dans ces dernières années, Breslau, de Zurich, a publié un mémoire (1) sur l'origine des gaz dans le tube digestif des nouveau-nés. Jamais, d'après lui, on ne rencontre de gaz dans l'estomac ou le canal intestinal d'un enfant mort-né, peu importe qu'il fut mort pendant le travail de l'accouchement ou avant, et même s'il était venu au monde en putréfaction. Ce n'est

(1) *Monatschrift f. Geburtkunde*, 1878.

qu'avec l'établissement de la respiration que les gaz arrivent dans l'estomac par une véritable déglutition d'air, indépendante de la préhension d'un aliment quelconque, et leur quantité y est d'autant plus abondante et leur présence se manifeste d'autant plus bas dans le tube digestif que la respiration a duré plus longtemps. La putréfaction ne modifierait en rien ce résultat. Si les poumons n'ont pas respiré, l'estomac et l'intestin ne renferment pas d'air, la putréfaction ne donnant pas naissance à une formation abondante de gaz dans le tube digestif.

Pour constater la présence de l'air dans l'estomac et l'intestin, il a recours à l'épreuve de la surnatation, comme on le fait pour le poumon. Pour cela, il enlève le tube digestif de la cavité abdominale, après avoir eu soin de placer une ligature au-dessus du cardia et une au rectum et il le plonge dans un vase plein d'eau. On observe alors avec précision quelles parties surnagent et quelles portions vont au fond de l'eau. C'est à cette épreuve qu'on donne aujourd'hui le nom de docimasia gastro-intestinale. M. Coutagne, chef des travaux de médecine légale, complète la docimasia gastro-intestinale de Breslau par le procédé suivant. A l'aide d'un petit trocart qu'il a fait construire à cet effet, il ponctionne sous l'eau les parties qui surnagent et on voit alors s'échapper une série de bulles qui montent et crèvent à la surface de l'eau. Ce procédé opératoire a l'avantage de montrer que les gaz qui font surnager la partie intestinale sont contenus dans sa cavité et ne sont pas infiltrés dans les parois. En outre, il permettrait de recueillir ces gaz dans une éprou-

vette, dans le cas où on aurait intérêt à connaître leur composition.

Breslau tirant aussitôt partie de sa découverte a fait de la présence de l'air dans le tube digestif du nouveau-né une preuve de naissance en vie. Dans son mémoire, il formule ainsi ses conclusions à ce sujet :

1° Si dans aucune partie du tube digestif il ne se trouve d'air, on doit admettre avec la plus grande probabilité que l'enfant n'a pas vécu de la vie extra-utérine ;

2° Si une grande partie du canal intestinal est rempli d'air, on doit déclarer que l'enfant a vécu hors du sein de sa mère, et ceci d'autant plus longtemps que les gaz avaient pénétré dans les parties inférieures de ce canal, quel qu'ait été d'ailleurs l'état de fraîcheur ou de putréfaction de celui-ci ;

3° Si le tube digestif est dans un état de putréfaction avancée, et si de petites parties seulement à différentes places sont distendues par un peu de gaz, ce dernier doit être considéré comme un produit probable de putréfaction et l'enfant n'a pas vécu.

Quant à la durée de la vie, les gaz renfermés seulement dans l'estomac indiqueraient que l'enfant est mort immédiatement après la naissance ; des gaz remplissant l'estomac et les intestins jusqu'au delà du côlon, feraient admettre une respiration d'au moins douze heures.

Le professeur Liman, de Berlin (1), a vérifié les as-

(1) *Ann. d'hyg. et de médéc. lig. t.* 29-30, p. 224.

sertions de Breslau et a publié les résultats donnés par l'examen de 84 nouveau-nés.

Voici les conclusions du savant professeur :

« 1° Sur des cadavres frais, la présence du gaz dans l'estomac et les intestins corrobore les résultats de la docimasie pulmonaire, et lorsque cette dernière a prouvé la respiration, si les gaz remplissent tout l'intestin, il est probable que l'enfant n'est pas mort après les premières respirations;

« 2° Lorsque les cadavres sont en putréfaction un peu avancée, quand les organes abdominaux sont ramollis, les poumons parsemés de bulles de putréfaction, le caractère précédent n'a aucune valeur et ne peut même venir à l'appui des résultats de la docimasie pulmonaire si souvent encore positive dans ces cas. A plus forte raison est-il nul quand l'épreuve pulmonaire est douteuse. »

Hoffman, de Vienne, s'est également livré à une longue série d'observations dans le but de contrôler les assertions de Bréslau. Il ressort de ses observations l'exactitude de la première proposition de Breslau, à savoir « que l'air pénètre dans l'estomac avec l'établissement de la respiration extra-utérine et le rend capable de surnager. » La seconde opinion de Breslau, à savoir « que la quantité d'air contenue dans l'estomac et l'intestin est en rapport direct avec l'intensité et la durée de la respiration » serait moins exacte que la première, à moins de tenir compte chaque fois de ce fait que la respiration a été libre ou empêchée.

Quant à la troisième proposition de Breslau, à savoir

« qu'un tube digestif ne surnage pas, même si la putréfaction est avancée ». Hoffman la proclame absolument inexacte. Chez un grand nombre de mort-nés putréfiés il a pu constater que le tube digestif renfermait dans sa cavité une notable quantité de gaz et surnageait parfaitement.

Nous avons nous-même cherché à vérifier les assertions de Breslau en pratiquant la docimasie gastro-intestinale, soit sur des mort-nés frais, soit sur des mort-nés putréfiés. Nous avons pu également nettement constater que la putréfaction produit un développement de gaz dans la cavité gastro-intestinale, et que le tube digestif surnage parfaitement.

La docimasie gastro-intestinale pratiquée sur plusieurs mort-nés frais nous a donné des résultats en apparence contradictoires avec ceux de Breslau. Les tubes digestifs ont surnagé dans une certaine partie de leur étendue. Mais cette contradiction apparente doit être mise sur le compte d'une circonstance particulière qui, pour nous, est manifestement la cause de la présence des gaz dans ces tubes digestifs. Ces mort-nés avaient subi l'insufflation artificielle de bouche à bouche pendant plusieurs minutes. Le mort-né putréfié dont le tube digestif a surnagé n'avait pas été insufflé. (Observation I.)

OBSERVATION I (PERSONNELLE)

Le 18 juin 1883. Autopsie d'un fœtus venu au monde le 8 juin à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, remis par notre excellent ami Goumy, interne du service ; mort-né, n'a pas subi l'insufflation. Putréfaction à l'air libre, pendant 10 jours.

Sexe féminin.

Poids 2 kilog. 320 gr.

Longueur 50 centimètres.

Extérieurement bien conformé. La putréfaction est très avancée. L'abdomen est fortement distendu par des gaz. Teinte verdâtre très prononcée sur l'abdomen. La tête est complètement déformée.

On ouvre le thorax et l'abdomen par l'incision mento-pubienne. A l'ouverture des cavités thoracique et abdominale on trouve des gaz infiltrés dans le tissu cellulaire sous-cutané, principalement dans le tissu cellulaire épiphoïque. Le foie est putréfié, couleur olive foncée. La rate présente un degré égal de putréfaction. Le foie et la rate surnagent. Notons une grande quantité de gaz infiltrés dans la couche séreuse stomacale, surtout au milieu du cardia. L'estomac a une teinte feuille morte assez prononcée, généralisée.

Nous enlevons le tube digestif de la cavité abdominale après avoir placé une ligature au cardia et une au rectum.

Nous avons soin d'enlever le replis de l'épiploon et du mésentère qui contiennent des bulles d'air. Nous plongeons le tube digestif dans l'eau. L'estomac ainsi que les 85 premiers centimètres de l'intestin surnagent. Une autre partie de l'intestin surnage également ; elle est constituée par le cœcum.

Nous détachons l'estomac entre deux ligatures. Il surnage. Pressé entre les doigts, de façon à faire disparaître les bulles d'air qui sont dans la couche séreuse stomacale, il surnage encore. On le pique sous l'eau et il sort une dizaine de grosses bulles d'air. L'estomac est ensuite ouvert largement.

Nous constatons que sa surface interne présente une coloration sale et contient un mucus foncé, chargé de matières colorantes du sang. Une double ligature est placée sur la limite de la partie qui surnage, c'est-à-dire après les 85 premiers centimètres de l'intestin grêle. A un examen très attentif, il n'y a pas de bulles d'air sous la séreuse. Le duodénum a une teinte verdâtre; il renferme de grosses bulles d'air qu'on fait sortir par la ponction de l'intestin sous l'eau. Nous ouvrons le duodénum et nous constatons qu'il renferme du méconium en très grande abondance dans presque toute son étendue. Les 25 derniers centimètres qui comprennent le commencement de l'intestin grêle sont vides.

Les 107 centimètres suivants vont au fond de l'eau; ils ne contiennent pas de méconium, mais une matière rougeâtre, d'apparence féculente, qui ne paraît être autre chose que du liquide intestinal.

Les 33 centimètres d'intestin grêle surnagent. Ils renferment une matière analogue à la précédente, mais plus fortement teintée en rouge-jaunâtre. La paroi est teintée en jaune comme par du méconium.

Les 58 centimètres suivants, qui sont la fin de l'intestin grêle, ne surnagent pas. Ils sont remplis du même liquide rouge qui laisse voir une muqueuse pâle lorsqu'on l'essuie; il ressemble au liquide que nous avons constaté dans les 107 centimètres qui ne surnageaient pas.

Le commencement du gros intestin surnage dans une étendue de 15 centimètres. Dans le tissu cellulaire péricœral, on trouve un grand nombre de bulles qu'on fait éclater en écrasant et en enlevant ce tissu cellulaire. Malgré cela, nous ne parvenons pas à faire enfoncer cette partie de l'intestin dans l'eau. En l'ouvrant sous l'eau, nous faisons sortir des bulles en assez grande abondance. L'appendice vermiforme ne surnage pas. Nous ouvrons le cœcum et nous le trouvons rempli d'une matière rougeâtre sans teinte méconiale. Tout le côlon et le rectum ne surnagent pas; ils sont pleins de matière rougeâtre, sans méconium.

Docimasia pulmonaire.— Les organes thoraciques (poumon, cœur, thymus) enlevés en masse surnagent. On sépare des poumons le cœur et le thymus. La masse pulmonaire surnage moins bien que l'autre masse (cœur et thymus). Si on presse les poumons, même modérément, ils vont au fond de l'eau. Chaque

poumon séparé tombe au fond de l'eau. Chaque lobe séparé tombe au fond de l'eau. Chaque fragment de lobe va aussi au fond de l'eau.

Absence du point épiphysaire fémoral. Le sternum présente 3 points d'ossification.

CONCLUSIONS. — La putréfaction a produit un développement de gaz dans le tube digestif et lui a permis de surnager. La docimasia gastro-intestinale ne saurait avoir dans ces cas aucune valeur.

OBSERVATION II. — (PERSONNELLE)

4 Juin 83. — Autopsie d'un fœtus apporté de l'hôpital de la Croix-Rousse, mort pendant la période d'engagement, aucune manifestation vitale à la naissance. — Insufflation artificielle de bouche à bouche. — Autopsie, 48 heures après la naissance.

Sexe masculin.

Longueur, 48 cent.

Poids, 2 kilog. 250.

EXAMEN EXTÉRIEUR. — *Face antérieure.* — Tête recouverte de cheveux abondants. Lividités cadavériques. Rien de particulier à la face et aux yeux. Quelques lividités sur les côtés du thorax.

Ombilic. — Cordon à sept centimètres, desséché. Ligature soignée. Aucune trace d'élimination du côté de l'anneau.

Enduit sébacé aux plis inguinaux. Organes génitaux bien conformés. Testicule dans le scrotum.

Région postérieure du corps. Quelques lividités. Anus entr'ouvert sans méconium.

Mains : ongles cyanosées et dépassant fortement les extrémités digitales.

Pieds : ongles atteignant le rebord des doigts.

EXAMEN INTÉRIEUR. — Ouverture du corps par incision mento-pubienne.

Docimasia gastro-intestinale. — On place une ligature au cardia, une au pylore et une à l'extrémité inférieure du rectum. On plonge le tout dans l'eau. L'estomac surnage ainsi que les 30 premiers centimètres de l'intestin grêle. En sectionnant l'estomac, même résultat. En ponctionnant sous l'eau et la partie de l'intestin surnageant, on fait sortir et dégager des bulles de gaz. Estomac vide, muqueuse un peu rouge. Intestin grêle vide. Un peu de méconium à la partie supérieure du gros intestin.

Poumons. — A priori, on constate l'état fatal des poumons. Taches de Tardieu, en très grand nombre à la partie inférieure du lobe du poumon droit et sur les deux faces du poumon gauche.

Docimasia pulmonaire. — Les organes thoraciques (poumons, cœur et thymus) vont au fond de l'eau. Les deux poumons séparés vont au fond de l'eau. Les lobes séparés vont au fond de l'eau ainsi que toutes les parties de ces lobes sectionnés.

On note la persistance du trou de Ratal.

Foie : rien de particulier.

Rate volumineuse.

Reins normaux.

Examen de la bouche : rien de particulier. Thrombus léger à la région occipitale.

Cerveau : Congestion vasculaire peu intense.

Points d'ossification : Fémurs, points épiphysaires, 3 millimètres.

Sternum : Le point de l'appendice reypoïde n'existe pas, les trois autres sont développés.

Maxillaire inférieure : En enlevant le bord alvéolaire avec les ciseaux, on constate de chaque côté cinq cloisons et quatre alvéoles.

CONCLUSION. — L'insufflation de bouche à bouche chez ce mort-né a permis à l'estomac de surnager.

OBSERVATION III. — (PERSONNELLE)

11 Juin 83. — Autopsie d'un enfant mort-né, a subi l'insufflation de bouche à bouche, à la naissance. Autopsie le lendemain de la naissance.

EXAMEN EXTÉRIEUR. — Enfant du sexe féminin : 3 kilog. 600 gr. — Longueur, 52 cent. — Diamètre mento-bregmatique, 13 cent. — Diamètre biparrétal, 9 cent. — Cheveux abondants.

Face cyanosée. — Pas de traces de violence. Corps légèrement rouge. Cordon moniliforme. Pas de traces d'elimination. Longueur, 4 à 5 centimètres. Ongles cyanosés dépassant le rebord des doigts. Ongles des pieds atteignant le bord des orteils.

Rien aux membres. — Traces de putréfaction à la partie postérieure du tronc.

EXAMEN INTÉRIEUR. — Ouverture du thorax et de l'abdomen. Les poumons examinés sur place présentent l'aspect fœtal et sont ratatinés dans la gouttière vertébrale.

Taches de Tordieu sur le diaphragme et sur toute l'étendue des deux poumons, ainsi que sur le péricarde et l'oreillette droite.

On fait la ligature de l'estomac au niveau du cardia et de l'intestin au niveau du rectum. En général, les organes abdominaux présentent une coloration violacée due à une imbibition de la matière colorante du sang, et indiquent un commencement de putréfaction. L'estomac et les intestins détachés sont plongés dans un vase plein d'eau. L'estomac surnage et les 45 premiers centimètres de l'intestin grêle. Ces portions ouvertes sous l'eau laissent échapper quelques bulles d'air. Beaucoup de méconium dans le gros intestin.

Docimasia pulmonaire. — Les poumons et le cœur sont détachés. Les poumons présentent de nombreuses ecchymoses sous-pleurales. Sang noir. La masse des organes thoraciques descend au fond de l'eau. Les deux poumons, et chaque poumon

séparé présentent le même phénomène. Il en est de même pour chaque portion de lobe divisé.

Le trou de Ratal est oblitéré. Foie gras. Reins volumineux lobulés. Rien de particulier dans la bouche, pharynx et larynx.

Points épileptiques fumeux : 5 millimètres de diamètre.

Sternum : quatre points d'ossification.

CONCLUSION. — L'insufflation de bouche à bouche, subie par ce mort-né, a permis à l'estomac et à une partie de l'intestin grêle de surnager.

OBSERVATION IV. — (PERSONNELLE)

14 Juin 83. — Autopsie d'un fœtus mort-né et macéré, apporté de la Charité — (Autopsie, 48 heures après l'accouchement).

Fœtus du sexe masculin. — Poids, 1 kilog. 150. — Longueur, 84 centimètres.

EXAMEN EXTÉRIEUR. — Aspect du fœtus macéré. Ventre de batracien. Epiderme desquamé à la partie antérieure du tronc et de la face.

La tête est aplatie. Les yeux ont une coloration rosée qui s'étend déjà à la cornée. Dans les parties dépouillées de leur épiderme, on aperçoit des traînées jaunâtres constituées par des îlots gras.

Les organes génitaux sont bien conformés. Les deux testicules sont déjà dans le scrotum.

Rien de particulier à noter aux membres. Les ongles recouvrent déjà les extrémités des doigts.

Le tissu cellulaire est infiltré d'une matière gélatineuse tout à fait semblable à de la gelée de groseille.

EXAMEN INTÉRIEUR. — On fait l'incision mento-pubienne et on ouvre le thorax et l'abdomen.

Nous pratiquons avec soin la docimasie gastro-intestinale. Une ligature est placée au-dessus du cardia, une autre au rectum.

L'estomac et la masse intestinale enlevés, sont plongés dans l'eau. Ils gagnent immédiatement le fond.

Docimasia pulmonaire. — Les organes thoraciques plongés en masse vont au fond de l'eau. Les poumons séparés, les lobes et les fragments de lobes gagnent également le fond.

Points d'ossification : Au sternum, points d'ossification sur les deux premières pièces.

Le point d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur manque sur les deux poumons.

Les points osseux du calcanéum sont tout à fait rudimentaires. Ils ont à peine 1 millimètre.

CONCLUSION. — La macération de ce fœtus dans l'utérus n'a pas amené de développement de gaz dans l'estomac et ne lui a pas permis de surnager.

C. — SUBSTANCES ALIMENTAIRES (*Lait, amidon, sucre*).

Lorsque le nouveau-né a vécu quelques heures ou plusieurs jours et qu'il a été l'objet de soins, on rencontre dans son estomac des substances alimentaires qui sont le plus ordinairement du lait ou des matières féculentes ou sucrées. On ne devra pas se contenter d'un examen superficiel de ces matières. Leur nature doit être déterminée d'une façon rigoureuse et précise. On se servira pour cela du microscope et des réactifs chimiques.

Lait. — Le lait, étant l'aliment naturel du fœtus, est la substance qu'on rencontre presque exclusivement. Sa nature nous sera révélée par le microscope et l'analyse chimique. Examiné au microscope, ce

liquide laisse voir des corpuscules graisseux, sphériques sous toutes leurs faces, parfaitement transparents au centre avec des bords foncés. On ne les confondra pas avec les globules sanguins qui sont discoïdes et n'ont pas cet éclat. Quant aux granules d'amidon, ils s'en distingueront par leur coloration bleue sous l'influence de l'eau iodée. Si l'on a à faire à du colostrum, on rencontrera en outre des globules huileux et de nombreux corps granuleux sphériques. La présence de la lactine ou sucre de lait se reconnaît facilement en employant la liqueur de Fehling. La caséine coagulée par la pepsine se montre sous l'aspect de petites masses molles blanchâtres, disséminées au milieu de la partie restée liquide du lait.

Sucre. — Les liquides sucrés sont rencontrés assez fréquemment dans l'estomac des nouveau-nés. Beaucoup de sages-femmes ont l'habitude de faire avaler au nouveau-né immédiatement après sa naissance une cuillerée d'eau sucrée. De plus, chez ceux qu'on élève au biberon, le lait est fréquemment coupé avec des tisanes sucrées. Le réactif ordinaire du sucre décèlera facilement la présence du sucre dans ces liquides.

Amidon. — Des matières féculentes ont été rencontrées dans l'estomac de quelques nouveau-nés. En traitant ces substances avec une solution iodée, on verra apparaître immédiatement une couleur d'un bleu indigo intense.

Ces différentes substances étant rencontrées dans le tube digestif, quelle est la signification de cette décou-

verte ? La découverte de ces substances fournira une excellente preuve de naissance en vie du nouveau-né. Car il est aujourd'hui parfaitement établi qu'aucune substance alimentaire ou autre ne peut pénétrer dans l'estomac ou les intestins d'un mort-né. Les expériences de Matthysen, de Béranguier, de Tardieu, sur l'enfouissement dans différents milieux de cadavres d'animaux, ne laissent aucun doute à cet égard. Un cadavre ne peut pas déglutir quoi que ce soit.

Toutefois, il n'est pas nécessaire que la respiration soit établie pour que la faculté de la déglutition puisse s'exercer. Le fœtus peut déglutir soit dans l'utérus, soit pendant le travail de l'accouchement, pourvu qu'il soit vivant. Mais alors, les substances trouvées dans l'estomac ne sont pas des substances alimentaires, ce sont des liquides provenant de la mère ou de l'enfant. Ce peut être du liquide amniotique dégluti dans l'utérus ; ce peut être du méconium ou du sang ayant pénétré dans l'estomac pendant l'accouchement. On comprend que la présence de ces divers liquides n'indique nullement que l'enfant ait respiré. Il ne saurait en être de même de la découverte de liquides sucrés, de lait, d'aliments féculents. Des substances de cette nature ne se trouvant ni dans l'utérus, ni sur le parcours du fœtus pendant l'accouchement ; elles nous fourniront une excellente preuve de naissance en vie. De plus, en l'absence de violences extérieures, elles indiqueront que l'enfant a été l'objet de soins après sa naissance, et devront contribuer à faire écarter des soupçons d'infanticide ; car l'allaitement commencé semble peu compatible avec des intentions criminelles. Cependant

Hoffman rapporte le cas d'une mère qui tua son enfant après lui avoir donné à téter.

D. — EXAMEN DE L'ESTOMAC DANS CERTAINS PROCÉDÉS PARTICULIERS D'INFANTICIDE (SUBMERSION, ENFOUISSEMENT, INANITION).

Submersion. — La submersion, chez le nouveau-né, se reconnaît aux mêmes signes que chez l'adulte; mais la quantité d'eau en général assez abondante rencontrée dans l'estomac a une valeur autrement grande que chez l'adulte. En effet, tandis que chez l'adulte on peut toujours objecter que l'eau rencontrée dans l'estomac a pu être ingérée par l'individu avant la submersion, chez le nouveau-né, qui est nourri à peu près exclusivement de lait, la présence d'une certaine quantité d'eau ne saurait être attribuée, avec quelque vraisemblance, à une autre cause qu'à la déglutition de ce liquide pendant la submersion. Dans les cas où les autres signes de la submersion paraissent douteux, on devra attacher une très grande importance à ce signe. Si la submersion a eu lieu dans certains milieux tels que mare, eau de fumier, latrines, la présence de ces différents liquides dans l'estomac du fœtus sera une preuve évidente de l'immersion de l'enfant vivant dans ces milieux.

Suffocation par enfouissement dans certains milieux pulvérulents ou à particules solides très petites. — La

suffocation par enfouissement est un procédé d'infanticide très fréquemment employé. Dans la plupart des cas observés, on a constaté dans les bronches et l'estomac la présence des matières dans lesquelles l'enfant avait été plongé. Or, grâce aux expériences de Matthysen, Béranguier, du comité de Londres, de Tardieu, Bordinet, la pénétration plus ou moins complète de la matière de l'enfouissement dans la bouche et l'estomac est un signe pathognomonique de la suffocation par enfouissement. Leurs expériences, à ce sujet, sont absolument démonstratives. La déglutition ne peut avoir lieu après la mort et dans les cas où les animaux sont enfouis morts, on peut bien trouver quelques débris dans l'arrière-bouche et tout à fait exceptionnellement dans les voies aériennes, mais jamais dans le conduit œsophagien et dans l'estomac. Au contraire, dans tous les cas où la matière de l'enfouissement avait pénétré dans l'œsophage et l'estomac, l'enfouissement de l'animal avait eu lieu pendant la vie.

On comprend dès lors toute la valeur de la présence, dans l'estomac, de la matière dans laquelle un nouveau-né a été trouvé enfoui. Ce signe devra être considéré comme la caractéristique de l'infanticide par enfouissement, surtout depuis que les ecchymoses sous-pleurales, indiquées par Tardieu comme le signe pathognomonique infaillible de la suffocation, ne constituent plus qu'une lésion banale n'indiquant autre chose qu'une mort ordinairement rapide surprenant l'organisme dans un état de santé normal.

Quant aux substances rencontrées dans les cas d'enfouissement, elles sont des plus diverses. Citons, parmi

les plus communes, la terre, les cendres, le son, le plâtre, le fumier, les matières stercorales, etc.

Infanticide par inanition. — La mort par le manque de nourriture n'est pas très rare chez le nouveau-né. Si la diète a été absolue, le tube digestif nous fournira un des meilleurs éléments de diagnostic. On le trouvera absolument vide, atrophie, et revenu sur lui-même. L'amincissement de ses parois est parfois tel qu'il dépasse toute imagination. Tardieu a observé un cas dans lequel l'amincissement avait réduit les parois à une toile d'araignée.

OBSERVATION V. — (TARDIEU, OBSERVATION I.)

Infanticide par suffocation. Occlusion des voies aériennes.

Etat de l'estomac. — Estomac distendu par une grande quantité de mucosités teintées de sang.

OBSERVATION VI. — (TARDIEU, OBSERVATION III.)

Mort accidentelle par suffocation. Compression des parois de la poitrine et du ventre.

Etat de l'estomac. — L'estomac est absolument vide et rétracté.

OBSERVATION VII. — (TARDIEU, OBSERVATION IV.)

Infanticide par suffocation. Pression exercée sur les parois de la poitrine et du ventre.

Etat de l'estomac. — L'estomac contient une assez grande quantité de liquide spumeux, mélangé de salive et d'eau.

OBSERVATION VIII. — (TARDIEU, OBSERVATION V.)

Infanticide par suffocation. Enfouissement du corps vivant dans la cendre.

Etat de l'estomac. — On trouve la poussière dans toute la longueur de l'œsophage, et jusque dans l'estomac, où des parcelles de cendres sont mêlées à des mucosités grasses.

OBSERVATION IX. — (TARDIEU, OBSERVATION VI.)

Infanticide par suffocation. Enfouissement du corps vivant dans du son.

Etat de l'estomac. — L'estomac ne contient que quelques mucosités teintées de sang.

OBSERVATION X. — (TARDIEU, OBSERVATION VII.)

Infanticide par suffocation. Enfant enfermé dans une boîte.

Etat de l'estomac. — L'estomac contient des mucosités spumeuses et verdâtres.

OBSERVATION XI. — (TARDIEU, OBSERVATION VIII.)

Meurtre par suffocation d'un enfant de quatre jours.

Etat de l'estomac. — L'estomac ne renferme que quelques mucosités mélangées d'air ; on y trouve pas trace de lait ou de résidu quelconque de la digestion.

OBSERVATION XII. — (TARDIEU, OBSERVATION IX.)

Infanticide par suffocation.

Etat de l'estomac. Estomac sanguinolent.

OBSERVATION XIII. — (TARDIEU, OBSERVATION XI.)

Infanticide par suffocation à l'aide d'un tampon de papier dans la bouche.

Etat de l'estomac. — L'estomac renferme du sang décomposé.

OBSERVATION XIV. — (TARDIEU, OBSERVATION XII.)

Infanticide par suffocation et strangulation.

Etat de l'estomac. — Estomac contenant seulement quelques mucosités, pas du tout d'eau.

OBSERVATION XV. — (TARDIEU, OBSERVATION XIII.)

Infanticide par enfouissement dans du poussier de charbon.

Etat de l'estomac. — Poussier de charbon sur la face et dans le nez, l'œsophage et l'estomac, pas dans la trachée.

OBSERVATION XVI. — (TARDIEU, OBSERVATION XIV.)

Infanticide par fracture du crâne et suffocation.

Etat de l'estomac. — Estomac, mucus spumeux.

OBSERVATION XVII. — (TARDIEU, OBSERVATION XV.)

Infanticide par fracture du crâne.

Etat de l'estomac. — Estomac renfermant du mucus verdâtre.

OBSERVATION XVIII. — (TARDIEU, OBSERVATION XV.)

Infanticide par fracture du crâne.

Estomac vide.

OBSERVATION XIX. — (TARDIEU, OBSERVATION XVI.)

Infanticide par fracture du crâne.

Rien dans l'estomac que des mucosités.

OBSERVATION XX. — (TARDIEU, OBSERVATION XVIII.)

*Infanticide. Enfouissement dans le fumier.
Fracture du crâne.*

Estomac contenant une grande quantité de fumier mêlé de salive aérée.

OBSERVATION XXI. — (TARDIEU, OBSERVATION XIX.)

Infanticide par fracture du crâne.

Estomac distendu par une grande quantité de salive avalée.

OBSERVATION XXII. — (TARDIEU, OBSERVATION XX.)

Infanticide par fracture du crâne.

L'estomac est vide.

OBSERVATION XXIII. — (TARDIEU, OBSERVATION XXIII.)

Infanticide par strangulation.

L'estomac est rempli de lait récemment ingéré.

OBSERVATION XXIV. — (TARDIEU, OBSERVATION XXIV.)

Infanticide par strangulation.

L'estomac contient des mucosités teintées de sang.

OBSERVATION XXV. — (TARDIEU, OBSERVATION XXV.)

*Infanticide par strangulation. — Corps jeté
dans une fosse d'aisances après la mort.*

Du liquide de la fosse d'aisances a pénétré dans le larynx;
l'estomac est vide.

OBSERVATION XXVI. — (TARDIEU, OBSERVATION XXXI.)

Infanticide par immersion dans les fosses d'aisances.

Estomac contenant une notable quantité d'un liquide brun
très fétide, ayant une grande analogie avec les matières liquides
des fosses d'aisances dans lesquelles le cadavre a été trouvé.

OBSERVATION XXVII. — (TARDIEU, OBSERVATION XXXIII.)

Infanticide par immersion dans la fosse d'aisances.

Estomac contenant ainsi que l'œsophage, un liquide brun,
épais, fétide.

OBSERVATION XXVIII. — (TARDIEU, OBSERV. XXXVI.)

*Enfant jeté vivant dans la fosse et retiré vivant après onze
heures, mort une heure après.*

Estomac renfermant une assez grande quantité de matières
liquides de la fosse d'aisances.

OBSERVATION XXIX. — (TARDIEU, OBSERV. XXXVIII.)

*Infanticide par suffocation, immersion dans les fosses
d'aisances.*

Rien dans l'estomac.

OBSERVATION XXX. — (TARDIEU, OBSERVATION XLI.)

*Enfant étouffé et jeté dans les fosses d'aisances.
Fracture du crâne.*

L'estomac est complètement vide.

OBSERVATION XXXI. — (TARDIEU, OBSERVATION XLVI.)

*Infanticide par strangulation. Immersion dans la fosse
d'aisances.*

Mucosités abondantes dans l'estomac.

OBSERVATION XXXII. — (TARDIEU, OBSERVATION XLVIII.)

Enfant étouffé, jeté dans les latrines. Fracture du crâne.

Estomac renfermant du mucus spumeux.

OBSERVATION XXXIII. — (TARDIEU, OBSERVATION LI.)

Suffocation et submersion.

Estomac distendu par une grande quantité d'eau rougeâtre
sans mélange de lait ou de matières alimentaires.

CHAPITRE III

L'ESTOMAC COMME CAUSE DE MORT

Bichat dans son ouvrage sur la vie et la mort, étudiant le mécanisme par lequel la vie s'éteint brusquement chez les individus, a rattaché toutes les causes de la mort à l'arrêt des fonctions du cerveau, du poumon et du cœur, organes qu'il appelait le trépied de la vie. Pour lui tout désordre morbide pour porter des coups mortels doit frapper sur l'un des supports de ce trépied vital. Certes, le père de la physiologie moderne n'a rien exagéré de l'importance toute primordiale des trois grandes fonctions de l'économie. Mais la théorie si nette et si séduisante de Bichat est peut-être trop exclusive. Des désordres morbides portant sur l'appareil digestif n'ont-ils pas fréquemment amené une mort subite ou très prompte. Les exemples abondent de mort subite ou très prompte, survenue par suite d'une perforation de l'estomac,

d'une hémorragie du même organe, de ruptures d'anévrismes ou d'abcès dans le péritoine, etc. Il est évident que si l'on veut remonter au mécanisme intime de la mort, on peut rapporter toutes ces morts à la commotion du système nerveux, à la syncope ou à l'asphyxie et soutenir à la rigueur que ces désordres morbides arrivent en fin de compte à retentir sur l'un des supports du trépied vital de Bichat. Le phénomène initial est complètement en dehors des trois grandes fonctions et nous autorise à établir une autre classe de mort rapide, la mort par l'estomac.

Parmi les affections de l'estomac susceptibles d'amener la mort, nous n'étudierons que celles qui peuvent avoir de l'intérêt au point de vue médico-légal. Nous laisserons donc complètement de côté les cas dans lesquels la mort survient d'une façon lente par suite de l'appauvrissement progressif de l'organisme par l'insuffisance de la restauration. Dans ces cas, le dénoûment fatal est préparé par une inanition particulière et s'explique clairement aux yeux de tous par l'arrêt des fonctions digestives. Il n'en est pas de même des cas de mort brusque par l'estomac. Dans tous ces cas, il y a généralement une forte tendance de la part du public à soupçonner un empoisonnement. La connaissance exacte de ces faits a donc une importance capitale pour le médecin-légiste.

Comme cause de mort rapide par l'estomac, nous aurons à étudier les plaies et contusions de l'estomac, les corps étrangers, les hémorragies internes, les perforations et ruptures spontanées, les indigestions graves et l'ingestion des boissons glacées.

A. — PLAIES ET CONTUSIONS DE L'ESTOMAC.

Les plaies de l'estomac avec ouverture de sa cavité sont loin d'être rares. Les instruments piquants et tranchants (couteaux, épés, baïonnettes) les produisent habituellement. Les instruments contondants et les projectiles de guerre en sont aussi des causes assez fréquentes. Ces plaies sont d'autant plus graves qu'elles sont plus voisines du cardia ou du pyloré, que l'estomac est plein ou que la commotion a été plus violente. La mort survient presque toujours par épanchement de matières alimentaires dans le péritoine avec péritonite consécutive. C'est la terminaison presque constante. Percy, sur vingt cas de plaies de l'abdomen avec lésion de l'estomac, n'a observé que 4 ou 5 guérisons.

Les contusions de l'estomac constituent un acte de brutalité aussi fréquent que dangereux. C'est un accident parfois grave, des rixes et des agressions, à cause de ses funestes conséquences. Il s'agit d'un coup de poing, de tête, de genoux, de pied, surtout, dont les effets sont souvent aussi dangereux que s'il s'agissait d'un coup de poignard ou de revolver. En effet, la mort peut-être immédiate et survenir par sidération nerveuse sans produire aucune lésion physique apparente soit sur la partie frappée, soit dans une autre partie du corps. Le voisinage du plexus solaire et ses puissantes actions réflexes sur l'organe central de la circulation nous expliquent ces genres de mort.

D'autres fois la contusion de l'épigastre ne se révèle encore par aucune ecchymose de la paroi, mais il se produit des lésions internes, telles que déchirures de l'estomac et épanchement de sang et de matières alimentaires dans le péritoine, d'où péritonite suraiguë. La vie peut aussi se terminer par une gastrorrhagie abondante qui produit une brusque syncope.

OBSERVATION XXXIV

Coup sur l'épigastre. (Artley Cooper. Lectures on surgery from notes by Tyrrel. 1824, vol. 1, p. 10.)

Un laboureur plein de santé essayait de soulever un lourd fardeau, quand un autre laboureur survint et lui dit : « Ote-toi de là et laisse essayer quelqu'un de plus capable que toi. » En même temps il lui donna un léger coup du revers de la main (a slight bow) sur la région de l'estomac, et le pauvre garçon tomba immédiatement et expira. A l'examen de son corps on ne trouva aucune marque de violence.

OBSERVATION XXXV

Coup sur l'épigastre. (Lobstein. De nervi sympathetici humani fabrica, usu et morbis. Paris, 1823.)

Necavit puerum globu sex nive, quem epigastrium recepit ab alio puero missum, organis plane illæsis.

OBSERVATION XXXVI

Coup sur l'épigastre. (Jacob Ehrner. Sitzb. d'Aerzte in Weiermart. 1874, XI, 57. Revue des sc. médic. 1875. t. II.)

Coup de pied reçu à 5 ou 6 pas sur la région épigastrique pendant une course rapide. Mort subite.

B. — CORPS ÉTRANGERS.

La mort produite par un corps étranger de l'estomac est assez exceptionnelle. Le plus habituellement la terminaison n'est pas fatale. Quelquefois le corps étranger est rejeté par les vomissements. Le plus fréquemment, il peut franchir le pylore et être éliminé au dehors par l'anus. Dans quelques cas, il séjourne indéfiniment dans l'estomac, et alors il peut être toléré ou bien déterminer des accidents inflammatoires autour de lui et être expulsé à travers les parois abdominales. Quand la mort survient, elle est presque toujours secondaire. Il n'y a pas encore d'exemples de mort primitive au milieu d'accidents aigus. Les cas observés sont survenus soit par altération de l'état général, amaigrissement et inanition, soit à la suite de perforation de l'estomac et péritonite suraiguë. Dans ces cas, la présence du corps étranger et les lésions concomitantes ne laissent aucun doute au médecin légiste sur les causes de la mort.

C. — HÉMORRAGIE DE L'ESTOMAC.

L'hémorragie de l'estomac peut survenir dans des circonstances assez diverses. Elle peut être produite par l'ulcère simple (1), par le cancer, par la gastrite

(1) Dans la *Revue Médicale*, 1838, M. le professeur Bouchacourt cite deux cas d'hémorragie mortelle, suite d'ulcère de l'estomac. L'une par extension de l'ulcère à l'artère splénique, l'autre par érosion de la coronaire stomachique.

chronique d'origine alcoolique, par la rupture d'un anévrisme, d'un gros vaisseau tel que l'aorte abdominale, la mésentérique supérieure, le tronc cœliaque, par des traumatismes de l'estomac (contusions, plaies pénétrantes). Si la gastrorrhagie est abondante, elle occasionne assez souvent la mort. Le sujet est pris d'une pâleur subite, de refroidissement des extrémités et la mort survient en quelques minutes, parfois en quelques secondes, comme le prouvent les observations de Frank, de Grisolles et celles qui sont consignées dans le Bulletin de la Société anatomique.

Dans d'autres cas, il survient une hématomèse abondante et le malade meurt dans l'algidité et les convulsions. A l'autopsie on trouve l'estomac rempli de sang et, en examinant attentivement, on trouve la cause de l'hémorragie, qui est, soit un ulcère, soit un cancer, soit un anévrisme rompu, etc., etc. Il est alors facile d'expliquer la cause de la mort. Mais, dans certains cas, la cause de la gastrorrhagie échappe complètement à l'autopsie. (Observation XXXIX.)

OBSERVATION XXXVII

Hématomèse : Ulcération de l'estomac et érosion d'une branche de l'artère coronaire stomachique, par le docteur GÖPPERT (Arch. gén. de Méd., 1831).

Le 28 avril 1824, le docteur G. fut appelé chez un jeune homme qui paraissait souffrir des suites d'un refroidissement. De légers mouvements fébriles, un peu de toux, de l'anorexie et de la tension au creux de l'estomac non augmentée par la pression, étaient les seuls symptômes maladifs. On lui ordonna de rester

au lit et de prendre une solution de sel ammoniac dans de l'eau de sureau. Le lendemain, les mouvements fébriles ne se reproduisirent plus. Le 30, le malade mangea un peu de pigeon rôti, contre l'avis du médecin; le soir, à 6 heures, il fut pris subitement de faiblesse avec tension dans le bas-ventre, suivie d'une lipothymie qui dura quelques minutes. La région de l'estomac n'était ni tuméfiée ni douloureuse. Le malade n'ayant pas été à la selle, on administra une émulsion avec le tartrate de potasse, qui provoqua une selle naturelle. Le 2 mai, à 6 heures du soir, le malade eut un nouvel accès de lipothymie accompagnée de violentes nausées et de vomissements d'une grande quantité de sang noir mêlé à de la matière chymeuse. (Forte saignée, acide sulfurique étendu, sinapismes sur les mollets, lavement émollient). Au bout de 2 heures, une selle mêlée de beaucoup de sang noir. La nuit fut bonne. Le 3 mai, le malade était inquiet et se plaignait d'un sentiment de fluctuation et de chaleur dans la région de l'estomac; pouls plein et fréquent. On fit une saignée de 16 onces qui fut suivie d'un amendement passager. Dans l'après-midi, prostration subite avec tous les signes d'une hémorragie intense. (Fortes doses de musc, 4 grains et d'éther sulfurique, à prendre alternativement; sinapismes aux mollets, frictions des extrémités avec un liniment éthéré; plus tard, lavement, potions avec la pulpe de tamarins et la manne.) Amendement notable et apyrexie jusqu'au 8 mai. Le 9, grande agitation après la visite d'un ami. (Saignée). Les 10 et 11, accès répétés d'inquiétude, d'anxiété, de sensation de chaleur et de fluctuation à la région épigastrique, accompagnés de vomissements de sang considérables, sans tuméfaction ni douleur de la région de l'estomac. Le 12 mai, prostration extrême; mort. — A l'ouverture du cadavre, on trouva l'estomac extrêmement agrandi et contenant 4 à 5 livres de sérum sanguinolent et de caillots sanguins. A l'intérieur, cet organe paraissait être dans l'état normal, sans trace de ramollissement ou d'endurcissement, mais on découvrit à la petite courbure, non loin du cardia, une érosion qu'on reconnut être un ulcère, grand comme pièce de dix sols et qui n'avait pénétré que fort peu dans la tunique musculieuse; les parties environnantes n'étaient ni tuméfiées, ni endurcies, ni ramollies; ce qu'il y avait de remarquable à cet ulcère, c'est qu'une branche assez considérable de l'artère coronaire gauche s'y

trouvait, circonstance qui rend suffisamment raison des hématomés qu'on avait observées pendant la vie du malade. Tous les autres organes étaient dans l'état normal.

OBSERVATION XXXVIII

Perforation d'un vaisseau sanguin de l'estomac ayant donné la mort. Par M. F. MONESTIER. (*Bull. de la Soc. Anat. 1833.*)

Tierry (Louis), 78 ans, portier, entré à l'Hôtel-Dieu, le 6 août 1833, pour une affection chronique des voies urinaires.

Le 10, en allant à la garde-robe, il a rendu une matière d'un rouge foncé qui a paru contenir du sang. Les jours précédents les crachats avaient offert quelques stries sanguinolentes qui avaient été regardées comme provenant des fosses nasales.

Jusqu'alors aucun symptôme alarmant n'avait fait craindre une fin prochaine; mais dans la journée du 12 l'état d'adynamie et de prostration a pris un caractère plus grave, la respiration est devenue plus fréquente et stertoreuse. Des lipothymies des sueurs froides sont survenues, le pouls s'est affaibli de plus en plus, et le malade a succombé dans la nuit du 12 au 13.

Autopsie faite trente heures après la mort (nous passons sous silence les altérations chroniques de l'appareil urinaire).

Le péritoine était sain et n'offrait ni adhérence ni épanchement, soit séreux, soit purulent. Le tube digestif renfermait peu de gaz; l'intestin grêle avait une teinte noirâtre, ardoisée, mais conservait sa consistance et son élasticité. Le canal a été ouvert depuis le rectum jusqu'à l'estomac; il contenait dans toute son étendue du sang réuni en caillots plus ou moins liés, les dernières portions du côlon en contenaient beaucoup plus que le reste du tube intestinal. Ce sang n'a pas été recueilli; on ne peut donc en déterminer qu'approximativement la quantité, qui pouvait bien être de six à sept litres au moins; toute la surface de la muqueuse était imbibée et colorée par ce liquide; mais il n'a été trouvé aucune trace d'inflammation, ni ulcération, ni ramollissement, ni exubérance des follicules de Peyer et de Brunner.

L'estomac ouvert le long de sa grande courbure renfermait aussi du sang noir, mais réuni en un seul caillot très volumineux, pesant au moins une livre et demie, et occupant le grand cul-de-sac de ce viscère. La surface interne a été lavée avec soin, et l'on a pu voir facilement à la partie moyenne de la paroi antérieure, à deux pouces à droite et en avant de l'orifice cardiaque, un espace d'un pouce et demi de diamètre dépouillé de membrane muqueuse, offrant dans certains points les fibres musculaires à nu et des détritits de la muqueuse. Dans le fond de cette ulcération est l'orifice béant d'un vaisseau qui, pour cette raison, doit être regardé comme une artère. Par cet orifice assez dilaté pour permettre l'introduction d'un stylet mince, on pénètre dans un vaisseau que l'on peut suivre par les deux extrémités; il semble tirer son origine de la petite courbure de l'estomac, au delà de laquelle je n'ai pu le poursuivre, et se porter, en diminuant de volume, de droite à gauche, de haut en bas et d'arrière en avant; il suit dans ce sens un trajet de deux pouces pour arriver au centre de l'ulcération. A partir de ce point, le vaisseau continue à parcourir la face antérieure de l'estomac; mais au delà de quelques lignes il se divise en deux branches qui se subdivisent de nouveau et se perdent dans le grand cul-de-sac de ce viscère.

La membrane muqueuse de l'estomac était ramollie dans beaucoup de points, surtout dans la grosse extrémité, et indiquait assez qu'elle avait été le siège d'une inflammation chronique.

L'œsophage et le pharynx contenaient aussi quelques petits caillots sanguins qui venaient sans doute de l'estomac, car la surface de leurs muqueuses était intacte.

Aucune lésion capable d'expliquer la mort n'a été trouvée dans les viscères de la poitrine et de la tête.

OBSERVATION XXXIX

Observation d'un cas mortel de gastrorrhagie chez un adulte qui, quelques heures auparavant, présentait les apparences d'une bonne santé. Par M. le docteur Edouard Laroche. (Bull. de la Soc. de Méd. d'Angers, 1841-42.)

Un jeune soldat du 52^e régiment de ligne, en garnison à Angers (mars 1838), fut pris tout à coup et sans cause appréciable, vers huit heures du soir, d'un vomissement très abondant de sang rouge. Quelques aliments furent d'abord rejetés avec du sang; plus tard, les matières vomies ne furent plus que du sang pur; le malade se plaignit d'éprouver une grande faiblesse; des sueurs froides lui couvraient le visage et les mains; puis, un nouveau vomissement survenant, il s'ensuivit une syncope et bientôt la mort, sans qu'on eût le temps de combattre cette hémorragie foudroyante. On obtint plus tard les renseignements suivants: cet homme n'était pas considéré comme malade, et le chirurgien-major de son régiment ne lui avait accordé les jours précédents aucune dispense de service; on ne l'avait entendu se plaindre d'aucun malaise, et on assura au docteur Laroche qu'il ne se livrait pas à l'ivrognerie. Le jour de sa mort il s'était rendu à l'exercice, et personne n'avait remarqué qu'il fût souffrant; à dîner, il avait mangé comme à l'ordinaire, mais le soir il s'était abstenu de nourriture.

A l'autopsie, on trouva l'estomac rempli d'un sang noir liquide; la surface interne lavée avec soin ne présentait aucune solution de continuité; dans quelques points seulement la muqueuse paraissait ramollie; il n'y avait aucune rupture de gros vaisseaux. L'intestin était sain et ne contenait pas de sang. Les poumons et les autres organes étaient dans leur état normal.

RÉFLEXION. — La cause de ce fait est très obscure.

D. — PERFORATIONS ET RUPTURES SPONTANÉES
DE L'ESTOMAC.

Sous ces dénominations on comprend des ouvertures ou des communications accidentelles de l'estomac avec les cavités avoisinantes. Ces ouvertures, étrangères à l'action d'un poison, sont dues à des altérations produites par des causes intérieures et organiques. La connaissance de l'existence de ce genre de lésions est loin d'être de date récente. En effet, si nous parcourons les anciens auteurs, nous y trouvons çà et là des observations de perforations spontanées de l'estomac ; mais ces observations, la plupart du temps, ne sont pas complètes et laissent beaucoup à désirer : C'est à Chaussier que revient le mérite d'avoir le premier décrit magistralement les traits de la perforation, ainsi que les symptômes de la maladie qui l'ont amenée. Dans un discours prononcé le 14 juin 1805 et qui est imprimé à la suite du procès-verbal de la distribution des prix à l'Hospice de la Maternité, ce professeur a fait une mention expresse de ces perforations spontanées ou accidentelles de l'estomac. Ces altérations si remarquables de l'estomac ont été démontrées dans ses leçons publiques et particulières ; elles ont été dessinées, modelées en cire, et sont conservées dans les cabinets de la Faculté de médecine de Paris. Les leçons de Chaussier ont inspiré à ses élèves plusieurs travaux (1)

(1) *Perforations spontanées de l'estomac*, par Gérard, 1803.

Considérations générales sur l'érosion, dissertation inaugurale, Morin, 1806.

Considérations médico-légales sur les érosions et perforations spontanées de l'estomac, par Louis Laisné.

où se retrouvent retracées les idées de ce maître célèbre. Voici, du reste, comment s'exprime Chaussier sur ces perforations considérées d'une manière générale : « Les ulcérations et perforations de l'estomac varient par la forme, la situation, l'étendue ; « elles sont ou petites et circulaires, ou assez grandes « pour qu'on puisse y passer la main. Elles peuvent « survenir en tout point quelconque de l'estomac ; « mais c'est particulièrement à la base de cet organe, « à la portion qui correspond à la rate et au diaphragme qu'on les observe. Les aliments alors « s'épanchent quelquefois dans l'abdomen, ou dans le « thorax si le diaphragme est percé. Mais le plus souvent il n'y a pas d'épanchement, la portion de l'estomac ulcérée s'est accolée aux parties voisines. Si on « détruit ces adhérences, qui sont légères, il s'écoule « alors de l'estomac un liquide visqueux et onctueux « au toucher, sans fétidité, ayant quelquefois une « odeur musquée, toujours brunâtre et mélangée de « flocons ou molécules noirâtres, comme si une poudre « de charbon très fine était délayée dans une sérosité muqueuse. Les bords sont mous, frangés, quelquefois « enduits d'une ligne noirâtre plus ou moins marquée. « Partout ailleurs l'estomac conserve sa forme, sa consistance ordinaire ; nulle part il n'offre de trace « d'engorgement, d'inflammation ; seulement les réseaux capillaires de sa membrane folliculaire paraissent être plus développés ; surtout dans le voisinage « de la perforation. Quelquefois cela se forme subitement en peu d'heures chez des personnes saines ; le « plus souvent c'est après quelques jours de maladie,

« et lorsqu'on ne peut aucunement soupçonner une cause de violence extérieure ou d'empoisonnement. » (*Bulletin des Sciences médicales du département de l'Eure*, n° 53, pag. 7 et suiv.) Chaussier a en outre le mérite d'avoir fait observer combien certains cas de perforations étaient propres à faire croire à des empoisonnements. Il signale plusieurs erreurs commises à ce sujet par des médecins experts, et dans un cas de ce genre il eut la satisfaction d'arracher les prévenus à la condamnation qui les menaçait. Dans de pareils cas, il conseille au médecin légiste d'avoir égard, pour s'éclairer, à trois sortes de circonstances : à tout ce qui a précédé ou accompagné la mort, à l'examen de la perforation et des altérations que présente l'estomac considérées en elles-mêmes, et enfin à l'examen des autres parties du corps, et particulièrement des matières diverses contenues dans l'estomac, les intestins et les diverses parties du corps. Il est fâcheux que les auteurs aient négligé de rendre hommage à Chaussier et de donner au travail de ce médecin légiste la place qu'il mérite dans l'histoire des ulcères de l'estomac.

Depuis Chaussier, les travaux de Cruveilhier, Rokitsansky, Niemeyer, Brinton, etc., sont venus compléter l'histoire des perforations spontanées de l'estomac. Aussi possédons-nous aujourd'hui, au sujet de ces altérations, des données d'une grande exactitude. Ces lésions s'observent généralement chez les adultes, et surtout chez les femmes. Ces perforations et ruptures sont préparées par différentes maladies de l'estomac qui sont par ordre de fréquence : l'ulcère simple, le cancer, les abcès, la gastrite chronique. Ainsi prépa-

rées par une cause pathologique, elles peuvent survenir soit spontanément, soit sous l'influence de certaines causes occasionnelles, telles qu'un effort, des vomissements répétés, une compression de la région épigastrique, une distension de l'estomac par une quantité considérable d'aliments. Les accidents qu'occasionnent ces perforations doivent attirer l'attention du médecin légiste d'une façon toute spéciale. Outre que ce sont les morts rapides par l'estomac les plus fréquemment observées, elles donnent presque toujours lieu à des soupçons d'empoisonnement.

En effet, le public est peu porté à considérer comme naturelles les morts aussi brusques que celles produites par les perforations de l'estomac, et comme les accidents qu'elles occasionnent ressemblent à s'y méprendre à ceux d'un empoisonnement ; presque toujours la malveillance, la jalousie ou des haines particulières provoquent des bruits ou des commentaires qui font surgir des soupçons et finissent par amener l'arrestation des personnes incriminées. Il importe donc, dans les cas de ce genre, de procéder à l'examen attentif de la lésion et d'assigner la véritable cause de la mort. On se basera, pour établir son diagnostic, sur les signes qui auront précédé la mort et sur les caractères anatomo-pathologiques de la lésion.

Le point de départ habituel des perforations spontanées de l'estomac est l'ulcère simple, et plus rarement le cancer. Les accidents surviennent souvent au milieu d'une santé en apparence excellente. La perforation s'annonce par une douleur excessive survenant brusquement dans l'abdomen. Cette douleur est exaspérée

par les mouvements, par la toux, par la moindre pression. En même temps survient un ballonnement subit de tout l'abdomen, dont les parois sont tendues, immobiles, atrocement douloureuses. Les extrémités se refroidissent, le visage se grippe, la peau se couvre d'une sueur froide. Des vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux et quelquefois sanguinolents, viennent se joindre à ce sombre cortège symptomatique, et la mort vient terminer cette scène douloureuse. Quelquefois les malades succombent presque subitement; d'autres fois les accidents marchent avec moins de rapidité, et les symptômes de la péritonite ont le temps de se manifester.

Ces symptômes de la perforation doivent être pris en considération, mais en raison de leur analogie avec certaines formes d'empoisonnement, ils renseigneront peu le médecin légiste sur la cause de la mort. C'est par l'autopsie seule que le problème pourra être résolu. L'ouverture de l'abdomen permettra de constater, avec la plus grande facilité, la présence de la perforation. Mais aussitôt de nouvelles difficultés surgiront. Cette perforation est-elle spontanée? Est-elle le résultat de l'action d'un poison caustique? Aujourd'hui, grâce à la connaissance exacte de l'anatomie pathologique de l'ulcère rond, cette question pourra être résolue sans trop de difficulté.

La perforation produite par l'ulcère simple a pour siège de prédilection la petite courbure de l'estomac, la paroi postérieure de l'organe et le pylore. Elle est arrondie, ses bords sont taillés à pic, comme à l'emporte-pièce. Vue du côté de la muqueuse, la perfora-

tion paraît conique, creusée en entonnoir, l'orifice stomacal ayant une étendue plus grande que le fond. Les bords sont indurés, épaissis, et quand on les sectionne, ils ont une dureté presque cartilagineuse. Ces caractères de l'ouverture sont absolument caractéristiques de l'ulcère perforant.

Si la perforation est d'origine cancéreuse, ses caractères révéleront encore facilement sa nature. Les bords de l'ouverture sont renversés et formés par un tissu rosé, saignant et fongueux. Si on les sectionne, on en fait sourdre par la pression un suc laiteux très abondant. La tunique musculieuse est hypertrophiée au voisinage de lésion cancéreuse. Il y a généralement de la propagation du néoplasme aux tissus voisins, des traces de péritonite cancéreuse, de l'adénopathie cancéreuse des ganglions de l'épiploon gastro-hépatique, du grand épiploon et du mésentère.

S'il s'agit d'une simple rupture, la solution de continuité est irrégulière. Alors les parois gastriques ne sont jamais normales. Les ruptures spontanées ne se produisent que lorsqu'une cause occasionnelle agit sur des tuniques stomacales déjà fort altérées. On trouve alors la cause pathologique qui a préparé la rupture.

La perforation par un empoisonnement a des caractères tout différents. Elle s'observe ordinairement par corrosion après l'ingestion d'acides minéraux énergiques, spécialement de l'acide sulfurique. L'estomac, dans ces cas, présente des eschares noirâtres. L'ouverture est large, ses bords sont irréguliers et ses tuniques se déchirent facilement. L'acide s'épanche dans l'abdomen et peut être facilement découvert par l'analyse chimique.

OBSERVATION LX

Perforation de l'estomac. — (Médecine et Médecin, LITTRÉ)

Grâce aux patientes recherches de Littré, nous pouvons donner aujourd'hui comme exemple célèbre de mort par perforation spontanée de l'estomac, la mort foudroyante d'Henriette d'Angleterre. On sait les soupçons d'empoisonnement que l'histoire nous a transmis à propos de cette mort extraordinairement rapide. Or il résulte d'une pièce (*Mémoire d'un Chirurgien du roi d'Angleterre* qui a été présent à l'ouverture du corps de Madame) qui se trouve à la Bibliothèque nationale, et de la savante discussion de l'autopsie par Littré, que Madame a succombé à une perforation spontanée de l'estomac.

Nous donnons le texte de ce mémoire et le résumé de la discussion de Littré :

Autopsie. — « L'incision étant faite pour l'ouvrir (le ventre),
« il en sortit une vapeur fétide et de mauvaise odeur. Le ventre
« étant ouvert, on trouva l'épiploon tout mortifié et gangrené,
« les intestins tendant aussi à mortification et putréfaction, fort
« décolorés; le foie d'une couleur gris jaunâtre tout brûlé, en
« sorte qu'en le touchant, il tombait entre les doigts par miettes
« sans aucune apparence de sang; la vessie du fiel fort pleine et
« diffuse d'une bile fort haute en couleur, qui semblait par son
« épanchement avoir donné la couleur aux autres parties voi-
« sines; la ratelle bonne de couleur et grosseur naturelle; le rein
« gauche un peu flétri et mol, mais bon dans sa substance, le
« droit fort bon; toute la capacité du bas-ventre pleine d'une
« matière sanieuse, putride, jaunâtre, aqueuse et grasse comme
« de l'huile; le ventricule ou estomac par l'extérieur beau et
« bien conditionné, mais au dedans tout fourré et teint d'une
« bile aduste jusqu'au haut de l'œsophage, laquelle se voyait
« aisément avec le doigt, sans y avoir trouvé aucune excoriation
« depuis l'orifice d'en haut jusqu'au bas, que je visitai fort exac-
« tement; seulement un petit trou dans la partie moyenne et
« antérieure lequel était arrivé par mégarde du chirurgien qui
« l'avait coupé, sur quoi je fus le seul qui fis insistance; mais

« l'ayant vérifié de près, je n'y trouvai excoriation, ni corrosion,
« ni noirceur, ni dureté, ni macule, ni lésion d'aucune autre
« partie, au reste fort bon dans toute l'étendue du ventricule ;
« le poumon adhérent aux côtes du côté gauche, rempli d'une
« matière spumeuse, le côté droit meilleur, mais non pas tout
« à fait bon ; le cœur gros et renfermé dans sa liqueur du pé-
« ricarde, fort bon et naturel, mais toutes les parties en général
« fort exsangues. L'on n'a point ouvert la tête, ni les boyaux,
« la cause de la mort ayant été trouvée dans le ventre, qui est
« à ce qu'on a jugé une trop grande effusion de bile. »

Littré, en discutant cette autopsie imparfaite, il est vrai, arrive à démontrer que Madame a succombé à une perforation spontanée de l'estomac. Voici le résumé de son expertise : « Il y
« a une maladie, l'ulcère simple de l'estomac, très exactement
« décrite par les modernes, dans laquelle le malade éprouve
« subitement une atroce douleur à l'abdomen après quelque
« effort de déglutition, s'affaisse sur lui-même, présente tous les
« symptômes de la péritonite suraiguë, conserve sa pleine con-
« naissance, succombe en peu d'heures et à l'autopsie du corps,
« on voit un abondant épanchement dans le bas-ventre et une
« perforation à l'estomac. Madame ressentit soudainement une
« intolérable souffrance abdominale après avoir bu un verre
« d'eau de chicorée, devint à l'instant si faible qu'il fallut la
« porter sur son lit, fut en proie à une violente péritonite, con-
« serva toute sa connaissance, succomba en neuf heures, et l'on
« trouva dans son corps une péritonite, un abondant épanche-
« ment et un trou à l'estomac, sur lequel on contesta, mais sur
« lequel il n'est pas possible de contester quand on se rappelle
« qu'elle avait avalé de l'huile comme contre-poison et que
« l'autopsie énonce, dans l'épanchement, une matière grasse
« comme de l'huile. La médecine prononce donc en pleine con-
« naissance de cause que Madame n'a pas été empoisonnée.
« Comme contre-épreuve et comme équivalent de recherches
« chimiques, on voit par de bons témoignages qu'une autre per-
« sonne, peut-être deux, burent de la même eau de chicorée et
« n'en reçurent aucun mal. » (*Médecine et Médecins*, Littré.)

OBSERVATION LXI

Perforation spontanée de l'estomac (Gérard, perforations spontanées. Leçons orales de Chaussier).

Parvenu à l'âge de 76 ans, le célèbre chimiste Darcet conservait toutes ses facultés et jouissait d'une bonne santé; seulement il éprouvait parfois, mais rarement, des douleurs à l'estomac. Le 11 février 1801, il alla dîner chez un de ses amis, M. B...; il y passa, suivant sa coutume, une partie de la soirée et y fut même plus gai qu'à l'ordinaire. Rentré chez lui à onze heures du soir, il se coucha et dormit tranquillement; mais sur les quatre heures du matin il éprouva tout à coup une douleur violente à l'estomac, qui persiste avec plus ou moins d'intensité, malgré l'usage des différents moyens que l'on emploie. Le malade est couché sur le côté, courbé en avant, les membres pliés et rapprochés du tronc; son teint est pâle, l'œil abattu, jaunâtre; le pouls fréquent, serré; la soif excessive, les extrémités froides, les hypochondres tendus; il a une évacuation alvine abondante et très fétide, qui paraît le soulager un instant; enfin, dans un effort d'expectoration, la gorge se remplit d'une sérosité visqueuse, brunâtre, dont une partie coule de la bouche, et il meurt vingt heures après l'invasion de la douleur.

A l'ouverture du corps on trouva dans l'abdomen une certaine quantité de liquide épanché qui provenait évidemment des potions que le malade avait prises, et l'on vit à l'estomac, près de sa grande courbure, un trou arrondi de la grandeur d'une lentille, environné de quelques autres plus petits. En examinant l'intérieur de ce viscère, on vit à l'endroit de la perforation que les membranes qui forment les parois de l'estomac étaient détruites en quelque sorte dans une étendue d'environ deux centimètres; de sorte qu'il ne restait plus que la membrane qui forme la tunique extérieure de l'organe. On trouve aussi un peu plus loin une semblable érosion des membranes intérieures, et l'une et l'autre de ces érosions était circonscrite par un petit bourrelet blanchâtre, arrondi et légèrement saillant.

OBSERVATION XLII

Ulcère latent de l'estomac et perforation de cet organe.

(A. GRASSET, *Ann. d'hyg. et de médéc. lég.* 1877.)

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, qui vient à Montpellier pour tirer au sort, qui se porte très bien et, au dire de sa famille, s'est toujours très bien porté. Il a fait quelques excès de boisson mais ne paraît pas en avoir été malade. Il part pour Palavas, où il va à pied, fait sans accident ses 11 kilomètres, déjeune sobrement sur la plage avec quelques aliments achetés sur place et, un quart d'heure après, est pris d'horribles coliques; on le reporte chez lui; les accidents vont en s'aggravant, et le malade succombe 24 heures après le début des accidents. La famille et le public croient à un empoisonnement; le vulgaire accusait déjà les vins fuschinés. La justice ordonne l'autopsie, qui fut pratiquée le 4 février, 40 heures environ après la mort, dans le laboratoire de médecine légale.

L'abdomen est très volumineux, fortement tendu; dès le premier coup de bistouri, il se fait un énorme dégagement de gaz et le ventre s'affaisse; c'était de la tympanite péritonéale et non intestinale. Le péritoine est tapissé d'un exsudat blanchâtre, granuleux, surtout abondant à la partie supérieure du ventre. Dans le fond de la cavité abdominale est un liquide puriforme, rougeâtre, en quantité modérée. Le paquet intestinal et l'estomac sont très légèrement météorisés. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume et rougeâtres; le foie est gras. Il n'y a rien à noter dans les autres organes, sauf dans l'estomac, dont nous allons décrire la lésion.

A la face antérieure de cet organe, à peu près sur l'axe prolongé du cardia, se trouve une ouverture arrondie à bords très nets, à l'emporte-pièce, ayant 4 millimètres de diamètre. Cette ouverture est béante et est facilement aperçue sans pratiquer d'insufflation. Vu par la face intérieure, l'ulcère est situé à 5 centimètres environ au-dessous du cardia et est taillé en bec de flûte. Une partie, la partie droite, correspondant à la moitié de la circonférence, est taillée à pic et répond exactement au

bord de l'ouverture extérieure. L'autre moitié, au contraire, la partie gauche, est taillée en biseau très incliné et aboutit par une pente au bord de l'ouverture extérieure. Dans cette partie, la muqueuse est détruite sur une plus grande étendue que la tunique musculieuse. De là une forme elliptique à l'ouverture intérieure, qui mesure 4 millimètres sur son petit diamètre, et 7 millimètres sur le grand. Toute la muqueuse de l'estomac présente un aspect mamelonné, dû à de l'emphysème sous-muqueux.

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. le Professeur LACASSAGNE.)

Perforation de l'estomac. — Soupçons d'empoisonnement.

EXAMEN EXTÉRIEUR. — P..., 51 ans, taille 1 mètre 62. Emphysème gazeux dans le tissu cellulaire. Scrotum volumineux. Absence de rigidité cadavérique. Cheveux abondants et grisonnants. Yeux noirs. Un liquide verdâtre sort par la bouche. Au sternum plaque parcheminée. La putréfaction est avancée.

EXAMEN INTÉRIEUR. — On ouvre le thorax et l'abdomen, le tissu cellulaire est rempli d'air. Dans la cavité péritonéale (vers le petit bassin), nous trouvons un liquide épanché, environ 250 gr. Ce liquide est rouge ou couleur chocolat, manifestement formé par du sang. — La partie supérieure de l'intestin présente une vascularisation rose-groseille qui tranche avec la teinte pâle de la partie inférieure de l'intestin.

Si on récline vers le bas les masses intestinales, on aperçoit, touchant le bord gauche du foie, une ouverture à peu près ronde ayant 11 millimètres dans son petit axe et 13 millimètres suivant le grand axe. Bord net. L'ouverture, à l'emporte-pièce, permet de pénétrer dans l'estomac et, en pressant sur les parties voisines, on fait sortir un liquide rouge analogue à celui contenu dans la cavité abdominale.

L'estomac est lié à ses extrémités et enlevé avec précaution. Toutes les parties voisines de l'estomac sont indurées, adhérentes. Les ganglions voisins sont hypertrophiés. Tout semble

indiquer un travail pathologique de date ancienne. En arrière de l'estomac, au moment où on l'enlève, on trouve également de nombreuses adhérences.

L'intestin grêle étant disséqué, on constate que la rougeur groseille signalée ne se trouve que dans les $\frac{4}{5}$ supérieurs de cet intestin. L'intestin est ouvert et étalé dans ses $\frac{4}{5}$ supérieurs. La surface est très rouge, la putréfaction fort avancée. Le liquide contenu est recueilli et mis à part. Il est rouge et a le même aspect que celui qui était contenu dans la cavité abdominale. Il ressemble à du sang épanché.

La rate est emphysémateuse.

Le foie est blanc, légèrement gras.

Les reins sont petits, ne présentent rien de particulier.

Les poumons présentent un peu d'emphysème de putréfaction, ils sont atteints d'antracosis. Pas d'ecchymose sous-pleurale.

Le cœur est un peu gras. Rien dans le ventricule gauche. Quelques caillots noirâtres dans l'oreillette gauche. Dans le cœur droit, nombreux caillots, soit dans le ventricule, soit dans l'oreillette. Les valvules tricuspidales et mitrales sont saines. L'aorte est saine. Rien aux valvules sigmoïdes. Il y a cependant un léger degré d'athérome à leur insertion.

Rien au cou. Pas d'ecchymose.

Trachée et voies respiratoires saines.

L'estomac, mis de côté dans un récipient, est examiné en détail : Le voisinage de l'ulcération présente une induration qui s'étend à deux travers de doigt tout autour. Nous ouvrons l'estomac à sa partie postérieure. Il renferme très peu de liquide épanché. Parmi les matières contenues on croit reconnaître des pépins de poires et même quelques morceaux de ce fruit, le tout mêlé à du liquide rougeâtre. La muqueuse stomacale est rouge sombre. D'ailleurs, la putréfaction commence. En haut, vers la petite courbure, est une excavation qui correspond à l'ouverture signalée en dehors. Les dimensions sont : 3 centimètres et demi dans son grand diamètre, et 3 centimètres et 1 millimètre dans son petit diamètre. Les bords sont nets, taillés à pic, durs, lardacés, et entre les deux ouvertures il y a un espace de 16 millim. Nous examinons les parois de ce diverticulum pour trouver le vaisseau ulcéré qui a donné lieu à l'hémorragie. En haut, nous remarquons l'ouverture béante d'une artériole d'un millimètre et demi de diamètre.

Après cet examen, il nous semble inutile d'ouvrir la tête et le rachis, le corps devant être rendu à la famille.

Nous avons procédé à l'examen histologique de la lésion. Il nous a montré qu'il s'agit d'un ulcère simple de l'estomac avec induration inflammatoire des parois de l'ulcération. L'examen a porté aussi sur des ganglions hypertrophiés que l'on avait rencontrés au niveau de la petite courbure. Il n'a pas été possible d'y observer autre chose qu'une hyperplasie du tissu adénoïde normal. Soit dans les parois de l'ulcère, soit dans les ganglions, nous n'avons pu trouver de traces d'une production carcinomateuse ou épithéliale.

CONCLUSIONS. — Des faits précédemment cités, il résulte :

- 1° Que le nommé Pitrat a succombé à une péritonite aiguë ;
- 2° Que cette péritonite a eu pour cause une perforation de l'estomac déterminée par une ulcération chronique de l'estomac ;
- 3° L'examen au microscope de cette ulcération montre qu'elle est de nature inflammatoire simple.

RÉFLEXIONS. — La femme qui vivait en concubinage avec P. fut arrêtée quelques heures après la mort de cet homme. Le dépôt de notre rapport fit remettre cette femme en liberté.

OBSERVATION XLIV.

Mort par cancer encéphaloïde, ulcéré de l'estomac compliqué de péritonite secondaire. (TOULMOUCHE, Ann. d'hyg. et de méd. lég. 2^e série, t. XXXIV.)

Le 29 mai 1860, j'accompagnai avec mon collègue Guillot (Vincent) le procureur impérial et le juge d'instruction, assisté de son commis greffier, dans la commune de Gالياud, pour procéder à l'autopsie du cadavre de Toussaint J... , âgé de 51 ans, demeurant au Champ-Renaut.

Voici ce qui fut constaté :

ÉTAT EXTÉRIEUR. — Le corps était très amaigri, les joues creuses. Il existait une teinte ictérique prononcée ; les membres

abdominaux étaient œdédiatiés. On remarquait des phlyctènes sur l'abdomen et la partie interne des cuisses. Le thorax et le ventre étaient verdâtres.

Tête. — Le cerveau, le cervelet, la moëlle allongée étaient sains. Le premier de ces organes était pâle et sans injection, il y avait un peu de sérosité dans les ventricules, la substance cérébrale était légèrement ramollie.

Thorax. — Il était très amaigri. Le poumon droit, qui offrait d'anciennes adhérences était sain, très crépitant ; le gauche œdédiatié à la partie postérieure de son lobe supérieur. Il y avait un peu de sérosité dans les cavités pleurales. Le cœur était normal et ne contenait du sang que dans son ventricule gauche.

Abdomen.— On trouvait dans la cavité péritonéale un liquide puriforme abondant (péritonite suraiguë). Un cancer encéphaloïde ulcéré occupait toute la petite courbure de l'estomac et le côté droit et supérieur du pylore qui était encore libre. Les intestins contenaient un liquide puriforme, mais sans traces d'inflammation. Le cæcum et le colon étaient distendus par du gaz et renfermaient le même fluide. Le foie était pâle et sa vésicule était occupée par de la bile ; la rate était flasque ; les reins étaient sains, la vessie vide et contractée.

CONCLUSIONS. — De ce qui précède, les médecins experts conclurent : que la cause de la mort avait été un vaste cancer encéphaloïde ulcéré, survenu peu avant la fin de la vie.

E. — INDIGESTION.

Une simple indigestion peut, dans certaines circonstances, occasionner une mort foudroyante. La réplétion de l'estomac gêne mécaniquement la circulation. Aussi, des congestions pulmonaires ou cérébrales

se développent-elles assez souvent pendant le travail de la digestion. Les vieillards sont particulièrement sujets à ces accidents, et on en a vu plus d'un tomber mortellement frappé au moment où il se levait de table. Chez les enfants, des convulsions mortelles se sont déclarées à l'occasion d'une simple indigestion. D'autres fois, c'est une syncope qui vient terminer brusquement la vie pendant le travail de la digestion. Ces faits s'observent fréquemment chez les cardiaques et les convalescents. M. le professeur Lacassagne a observé maintes fois des syncopes mortelles dues au travail de la digestion chez des individus qui avaient des adhérences pleurales, et qui étaient atteints de lésions cardiaques ou pulmonaires. Il est probable que ces adhérences, par la gêne qu'elles apportent à la libre dilatation de la cage thoracique, peuvent favoriser singulièrement la syncope.

OBSERVATION XLV

(Communiquée par M. le professeur LACASSAGNE.)

11 juillet 1883. Romain B... mort subitement.

EXAMEN EXTÉRIEUR. — Les cheveux sont grisonnants; rigidité cadavérique est complète aux membres inférieurs et supérieurs. Les mains sont celles d'un teinturier. Taches pétéchiales dans les parties déclives. Pas de traces de violences, des matières fécales sortent par l'anus. La putréfaction commence au côté droit de l'abdomen. Les oreilles sont violacées.

EXAMEN INTÉRIEUR. — A l'ouverture de la poitrine, nous trouvons au cœur des taches laiteuses avec des signes d'ancienne péricardite. Les valvules aortiques sont insuffisantes. En outre,

sur l'aorte, depuis la crosse jusqu'au cœur, on trouve une incrustation calcaire très épaisse; elle atteint son maximum au niveau des valvules aortiques, et présente une consistance absolument osseuse. On constate aussi des épanchements sanguins de nature récente au niveau de ces mêmes valvules.

Poumons. — Sont presque partout adhérents au thorax. Dans la trachée, écume blanche, — la muqueuse de la trachée est d'une teinte rosée uniforme. — Les poumons sont volumineux et ont une teinte asphyxique. — A la coupe, écume abondante que l'on fait sourdre par une pression molle. — La surface intérieure a un aspect normal. L'écume est aussi abondante dans les deux poumons.

L'estomac renferme une assez grande quantité d'aliments, parmi lesquels on reconnaît du pain et des pommes de terre.

Les reins sont peu volumineux et ne présentent rien à considérer. Le foie et la rate sont asphyxiques. Le cerveau ne présente rien d'anormal.

CONCLUSIONS. — Le nommé Romain B. . . est mort des suites d'une syncope produite par une insuffisance aortique et un état athéromateux des gros vaisseaux. Cette syncope est survenue pendant la digestion chez un individu qui présentait en même temps des adhérences de tout le poumon gauche.

OBSERVATION XLVI

(Communiquée par M. le professeur LACASSAGNE.)

Mort subite par apoplexie pulmonaire, survenue pendant le travail de la digestion.

EXAMEN EXTÉRIEUR. — Corps d'un homme de cinquante ans. Taille, 1^m 60. Les cheveux sont grisonnants. — Pas de traces de violence. Au niveau de la bosse occipitale, rougeurs des téguments avec épanchement sanguin dans les tissus sous-jacents. Cet épanchement sanguin s'étend sur une surface égale à celle d'une pièce de cinq francs.

EXAMEN INTÉRIEUR. — A l'ouverture du thorax, nous trouvons dans le cinquième espace intercostal droit la cavité pleurale

remplie d'un pus crémeux ; on sent des fausses membranes très épaisses au milieu desquelles existe du tissu osseux. Le poumon gauche ne présente pas d'adhérences ni de taches de Tardieu ; à la coupe, il laisse échapper de la mousse sanguinolente ; il en est de même pour le poumon droit ; en outre, ce dernier présente de fortes adhérences et des tubercules en grande quantité. Dans la trachée, il y a de la mousse sanguinolente.

Le cœur ne présente pas de taches de Tardieu : il est complètement vide de sang.

L'estomac contient une grande quantité de matières alimentaires, de la viande, des pommes de terre, du lard et du vin.

Le foie, la rate et les reins sont congestionnés.

Le cerveau ne présente rien de particulier.

CONCLUSIONS. — Cet homme a succombé en pleine digestion à une apoplexie pulmonaire. Quant à la bosse sanguine qu'il présente en arrière, à l'occipital, elle peut être le résultat d'une chute sur cette partie de la tête.

F. — BOISSONS FROIDES.

L'ingestion des boissons froides peut amener des accidents dont le docteur A. Guérard (1) a signalé la fréquence et la gravité. Ces accidents surviennent lorsque le corps est échauffé et particulièrement pendant la saison chaude. Certaines conditions donnent à ces accidents un véritable caractère de gravité, ce sont : la vacuité de l'estomac, la grande quantité de boisson ingérée et la basse température de cette boisson. La mort survient, soit instantanément par trouble de l'innervation et sidération nerveuse, soit par des

(1) *Ann. d'hygiène* 1842.

troubles gastro-intestinaux (1). Aussi, conçoit-on que ces accidents aient fait naître des soupçons d'empoisonnement en plus d'une occasion. Le médecin devra donc, dans les cas de ce genre, faire preuve d'une grande circonspection. Il se renseignera très exactement sur la nature des accidents, sur les circonstances au sein desquelles ils ont pris naissance. Dans les cas obscurs, l'examen nécroscopique et l'analyse chimique du contenu de l'estomac lèveront tous les doutes.

OBSERVATION XLVII

Due à Pyl. — Mort instantanée.

Un individu se querellait avec son camarade, et au moment où il était le plus animé par la colère, il avala un verre de bière, tomba aussitôt privé de connaissance et de mouvement et mourut immédiatement. Une enquête judiciaire eut lieu, mais l'autopsie ne fit rien découvrir qui justifie le soupçon d'empoisonnement émis par la veuve. Pyl déclare que la mort était due à l'impression subite du froid. (Christison, on poison, p. 108, Third. Edition).

OBSERVATION XLVIII

Le Dr Watts a inséré dans le *New-York medical Register* l'exposé d'accidents de ce genre survenus durant le cours de l'été de l'année 1818, aux environs de New-York. La chaleur était

(1) Ces désordres ne sont pas les seuls effets de l'ingestion des boissons froides. Ainsi, dans l'expédition de Tunis, presque tous les soldats de Charles V devinrent hydropiques, parce qu'après une marche forcée, durant laquelle ils avaient été privés de boissons, ils s'étaient arrêtés dans un lieu frais où ils avaient assouvi leur soif en buvant à longs traits de l'eau très froide.

excessive, et le thermomètre atteignit souvent jusqu'au 34° centigrades à l'ombre; on ne put alors empêcher les journaliers de boire souvent, et avec excès, de l'eau froide; un grand nombre d'entre eux furent pris de douleurs d'estomac, de malaises, de défaillances, de vertiges, de gêne excessive de la respiration et enfin d'apoplexie. Ces symptômes, dit Christison, étaient exactement ceux que produisent quelques poisons narcotico-acres.

OBSERVATION XLIX

Cas de Duncan.

Un relieur d'Edimbourg boit un grand verre d'eau froide. Aussitôt après douleurs épigastriques, vomissements spasmodiques, mort après 12 heures. Autopsie : aucune lésion appréciable.

OBSERVATION L

*Ingestion d'eau froide, mort subite (thèse agrég... Vincent)
Mois d'août 1870.*

Un commissionnaire s'arrête tout en sueur près d'une borne-fontaine, dépose son fardeau, se baisse et se met à boire longtemps et avidement l'eau glacée; tout à coup il se relève très pâle, étend les bras, chancelle et tombe le front sur l'angle de la borne. On accourt, on cherche à le ranimer, mais il n'y avait plus ni de pouls, ni de battements cardiaques.

CHAPITRE IV

ÉTAT DE L'ESTOMAC DANS LES AUTRES GENRES DE MORT

(Lésions traumatiques, asphyxie, avortement.)

RENSEIGNEMENTS DIVERS FOURNIS DANS TOUS LES CAS

(Chronologie de la mort. Etat d'ivresse, etc.)

Nous avons examiné l'état de l'estomac dans les différentes affections de cet organe pouvant occasionner une mort rapide. Il nous reste maintenant à faire son examen dans les genres de mort par lésions étrangères à l'estomac (lésions traumatiques diverses, asphyxie, etc.)

A. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DIVERSES

(Homicides. — Suicides.)

Dans la mort par traumatisme (homicides, suicides, accidents), l'estomac ne présente souvent rien de spécial. Dans plusieurs cas, des taches de Tardieu ont été

observées sur la muqueuse gastrique. M. le professeur Lacassagne a remarqué que ces taches de Tardieu, à aspect carminé, se rencontraient surtout dans les cas de mort très-rapide, qu'elle qu'en soit la cause, survenant pendant le travail de la digestion. Si la mort a été précédée d'une perte considérable de sang, l'estomac est en général pâle et anémié. Chez un homme écrasé par le chemin de fer de la ficelle de Saint-Just et mort d'hémorragie, dont l'autopsie a été pratiquée par M. le professeur Lacassagne, tous les tissus étaient exsangues et la surface de l'estomac remarquablement pâle. Si la mort survient pendant le travail de la digestion, la muqueuse est presque toujours rouge vif. M. le professeur Lacassagne nous a fait constater maintes fois, dans les morts violentes, un état de rigidité et de contraction des parois stomacales. Cet état de l'estomac a probablement quelque signification, et doit correspondre à une modification spéciale de certaines parties des centres nerveux. Il serait intéressant de noter dans quel genre de lésions on les observe plus spécialement.

B. — ASPHYXIE

(Pendaison, submersion, suffocation, strangulation.)

Dans la mort par asphyxie, l'estomac participe à la congestion générale des viscères. Il présente une congestion intense. Les vaisseaux sont gorgés d'un sang noir et fluide.

Fréquemment de petites taches carminées ont été observées sur la muqueuse. L'estomac peut présenter,

en outre, d'autres signes suivant les genres d'asphyxie.

Pendaison. — L'estomac des pendus présente parfois certaines lésions qu'il importe de connaître, à cause de leur analogie avec les lésions produites par l'action de certaines substances irritantes. Les cas de ce genre sont loin d'être rares. Le Dr Yelowly, en examinant l'estomac de cinq criminels qui avaient été pendus, trouva dans tous une grande congestion, et dans deux cas du sang coagulé sous la muqueuse. Gode rapporte également le cas d'un individu exécuté pour meurtre il y a quelques années. On trouva à l'autopsie que l'estomac présentait, sur toute sa surface, une rougeur bien marquée, ressemblant à l'effet produit par un poison irritant. La rougeur s'observait spécialement à l'extrémité pylorique, où elle présentait un caractère un peu strié. Dans un autre cas, examiné par M. Stuart (d'Azinghur), en 1854, l'estomac et les intestins, et spécialement la tunique interne du premier de ces organes, étaient très congestionnés et très enflammés, comme si l'homme fut mort empoisonné. Le contenu de l'estomac fut analysé, mais on ne trouva aucun poison. M. le professeur Lacassagne a également observé cette rougeur pseudo-toxique chez un grand nombre de pendus.

Dans un des cas (1), cette congestion était portée au plus haut degré, et ne pouvait être mise sur le compte du travail de la digestion. Un soldat s'était pendu le matin à la salle de police, à l'aide de sa cravate; il

(1) LACASSAGNE. Précis de médecine judiciaire. (Pendaison.)

présenter certains caractères qu'il importe aussi de connaître. Orfila a remarqué que la muqueuse est quelquefois changée de couleur. Si la submersion a eu lieu pendant le travail de la digestion, la muqueuse a souvent une teinte violette ou d'un rouge rosé. Lorsque le cadavre est resté longtemps dans l'eau, on a observé que cette membrane prenait une couleur foncée brune. Tous ces faits devront être pris en considération dans les cas de soupçons d'empoisonnement avant la submersion.

Suffocation. — Strangulation. — Dans la suffocation et la strangulation, l'estomac ne présente pas de caractères spéciaux en dehors de la congestion asphyxique. De même qu'on rencontre dans ces cas des ecchymoses sous-pleurales, sous-péricardiques et sous-péricraniennes, on rencontre fréquemment des ecchymoses de ce genre à la surface muqueuse de l'estomac.

Avortement suivi de mort. — Dans les cas d'avortement suivis de mort, on ne devra jamais négliger d'examiner les voies digestives. On pourra y rencontrer le corps du délit lorsque l'avortement aura été occasionné par une substance abortive. Tardieu décrit le cas d'une femme de 24 ans qui avorta au 4^e mois de la grossesse comme résultat de l'administration de l'ergot en poudre ; elle mourut de péritonite au bout de 24 heures environ. L'ergot fut retrouvé en fragments dans les voies digestives.

Renseignements divers fournis dans tous les cas

(*chronologie de la mort. — Etat d'ivresse, etc.*) —

Dans toutes les autopsies médico-légales, l'ouverture de l'estomac nous révélera des circonstances qui ont précédé la mort. La chronologie de la mort pourra être établie d'une façon assez exacte par l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac. Un estomac complètement vide d'aliments indiquera que la mort est survenue à un moment éloigné du dernier repas. La durée ordinaire de la digestion stomacale étant de 3 ou 4 heures, ce laps de temps pourra être donné comme limite minima du moment de la mort. Au contraire, un estomac rempli d'aliments indique que la mort a surpris la victime en pleine digestion. Si la mort est survenue immédiatement après le dernier repas, les aliments sont le plus souvent parfaitement reconnaissables, et leur nature peut être établie assez facilement. Dans le cas où deux cadavres ont été trouvés simultanément, si leurs estomacs contiennent les mêmes aliments, on sera en droit de conclure que les deux individus avaient pris leur repas ensemble. S'il s'agit d'un meurtre suivi du suicide du meurtrier, on pourra parfois, par l'état comparatif de la digestion chez les deux cadavres, établir lequel des deux a succombé le premier. L'estomac renferme-t-il une grande quantité d'alcool, l'individu était en état d'ivresse lorsque la mort l'a surpris. Tous ces renseignements seront loin d'être inutiles à la justice, et pourront parfois éclairer un drame ténébreux.

OBSERVATION LI

(Communiquée par M. le professeur LACASSAGNE.)

Mort par submersion.

Homme d'environ 35 ans, trouvé noyé dans le Rhône.

Etat de l'estomac. — Estomac augmenté de volume et rempli d'eau, ainsi que l'œsophage. Il contient des restes blanchâtres d'aliments aux trois quarts digérés. Près du cardia, taches carminées assez nombreuses. L'une d'elles a près de 2 cent. de long.

OBSERVATION LII

(Communiquée par M. le professeur LACASSAGNE.)

Mort par submersion.

R..., trouvé noyé dans une lône.

Etat de l'estomac. — L'estomac renferme trois ou quatre verres d'un liquide jaunâtre dans lequel nage un peu de mucus mêlé à quelques parcelles de substances de nature féculente. Ce liquide est de l'eau trouble analogue à celle de la mare dans laquelle on a trouvé R... et a été avalée pendant la submersion.

Dans ces deux cas de submersion on a rencontré de l'eau dans l'estomac. Cette eau a été avalée par les victimes pendant leur lutte contre la mort.

OBSERVATION LIII

(Communiquée par M. le professeur LACASSAGNE.)

Assassinat de M. G...

Blessures par instrument piquant et tranchant et par armes à feu.

Etat de l'estomac. — Sur la face antérieure de l'estomac nous trouvons une ouverture arrondie, orifice d'entrée d'une balle. Sur cet orifice est un morceau de bourre et des débris

de vêtements. L'estomac est distendu. On l'ouvre et constate qu'il renferme une pâte chymeuse grise, mais pas de sang. Au milieu de ces substances alimentaires nous trouvons la balle, qui est à peine déformée. Les matières alimentaires sont constituées par de la mie de pain, du fromage, des figues sèches (morceaux de drupe). Ces différentes substances n'ont pas été modifiées et ont dû être ingérées peu de temps avant le crime.

OBSERVATION LIV

(Communiquée par M. le professeur LACASSAGNE.)

*Assassinat de la femme H... par son mari à coups de massue.
Fracture du crâne.*

Etat de l'estomac. — Estomac en pleine digestion. Les colonnes sont volumineuses et dans certains points de couleur rose carminée. On y constate des débris de végétaux : salade, oseille, pommes de terre.

CONCLUSION. — La femme H... a été tuée deux heures au moins, trois heures au plus après son repas du soir.

OBSERVATION LV

(Communiquée par M. le professeur LACASSAGNE.)

Suicide par plaie pénétrante de poitrine du nommé M...

Etat de l'estomac. — L'estomac est volumineux et distendu. Les matières qu'il renferme ont une teinte lie de vin ; nous y reconnaissons du pain, de la viande, du lard, des débris de pommes de terre. L'estomac est en pleine digestion. La face interne de l'estomac présente vers le cardia une foule de petites ecchymoses.

CONCLUSION. — M... s'est suicidé après son repas.

OBSERVATION LVI.

(Autopsie pratiquée au laboratoire de médecine légale.)

*Assassinat de M. F., fille de brasserie, par son amant Ch. A.
— Fracture du crâne par coups de hache. — Plaies par
coups de revolver.*

Etat de l'estomac. — L'estomac renferme des aliments à moitié digérés. On reconnaît du bouillon, du pain, des haricots et du fromage. La muqueuse est rouge.

OBSERVATION LVII.

(Autopsie pratiquée au laboratoire de médecine légale.)

*Suicide par pendaison de Ch. A. meurtrier de M. F. sa
maîtresse.*

Etat de l'estomac. — La muqueuse est rouge, taches carminées vers le cardia. L'estomac est rempli d'aliments à moitié digérés. On y reconnaît de la soupe, des haricots, des pommes de terre, du fromage. L'état de la digestion n'est guère plus avancé que chez sa maîtresse.

CONCLUSIONS. — Le drame a eu lieu peu après leur souper. La victime et l'assassin avaient pris leur repas ensemble, car on retrouve les mêmes aliments dans leur estomac.

OBSERVATION LVIII.

(Autopsie pratiquée au laboratoire de médecine légale.)

Inconnu trouvé écrasé sur le cours Perrache.

Etat de l'estomac. — L'estomac renferme plus d'un litre d'un liquide de coloration rouge vineuse. Ce liquide a coloré fortement en rouge bleu les parois de l'estomac.

CONCLUSIONS. — La grande quantité de vin trouvé dans l'estomac nous autorise à penser que cet homme était en état

d'ivresse et qu'il se trouvait étendu sans connaissance sur la voie publique au moment de l'accident.

OBSERVATION LIX.

(Autopsie pratiquée au laboratoire de médecine légale.)

Assassinat de A. L., âgée de 22 ans par D., âgé de 60 ans avec qui elle vivait.

Mort par strangulation et hémorragie produite par les blessures par armes à feu de la face et une plaie contuse du crâne.

Etat de l'estomac. — L'estomac renferme en grande quantité des aliments à peine digérés. On y reconnaît des cerises, du pain, de la viande, du vin en grande quantité.

OBSERVATION LX.

(Autopsie pratiquée au laboratoire de médecine légale.)

Suicide par submersion de D., meurtrier de A. L.

Etat de l'estomac. — L'estomac ne renferme pas d'eau. Il contient une assez grande quantité d'aliments qui ne sont guère plus digérés que ceux rencontrés chez sa victime. On y reconnaît à peu près les mêmes aliments et surtout une grande quantité de vin.

CONCLUSIONS. — La fille A. L. a été tuée peu après son souper. Elle était en état d'ivresse ainsi que son meurtrier, qui avait soupé avec elle et avait dû se jeter dans le Rhône immédiatement après son crime.

CONCLUSIONS

I. — L'examen nécroscopique de l'estomac a, en médecine légale, une importance plus grande que ne lui en accorde souvent des médecins experts. L'ouverture de sa cavité doit être ajoutée à l'ouverture des trois cavités classiques et posée comme règle absolue dans toute autopsie médico-légale.

II. — L'estomac du fœtus nous fournit de précieux renseignements au point de vue : 1° des soins dont le nouveau-né a pu être l'objet ; 2° de la preuve de naissance en vie d'un nouveau-né ; 3° de la détermination de certains procédés d'infanticide (enfouissement, inanition, etc.).

III. — Des lésions diverses de l'estomac peuvent interrompre brusquement la vie. Dans ces cas, presque toujours suspects, l'examen de l'estomac révélera la cause de la mort.

IV. — Dans les genres de mort par lésions étrangères à l'estomac (lésions traumatiques diverses, asphyxies, etc.) cet organe pourra encore fournir quelques données qui ne seront pas sans importance.

V. — Dans tous les cas, l'examen de l'estomac, au point de vue de la chronologie de la mort, offrira à l'expert des renseignements qu'il devra interpréter pour apprécier l'état d'ivresse, la nature alimentaire du dernier repas, etc.

VU BON A IMPRIMER :

Le Président de Thèse,
A. LACASSAGNE.

Pour le Doyen :

L'Assesseur,
CROLAS.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 30 juillet 1883.

Le Recteur,
E. CHARLES.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et histologie. — Tissus entrant dans la constitution du squelette.

Physiologie. — De l'inspiration et de l'expiration. — De l'effort.

Physique. — Application des lois de l'hydrodynamique et de la théorie des ondes à la circulation du sang et au phénomène des pouls.

Chimie. — Des corps gras en général. — Constitution chimique et propriétés.

Zoologie et Anatomie comparée. — *Tænia solium.* — Organisation. — Ses migrations. — Ses transformations.

Matière médicale et botanique. — Décrire les diverses sortes d'ipécacuanhas. — Structure et fonction des feuilles.

Pathologie externe. — Des effets locaux du froid.

Thérapeutique. — De l'iode.

Hygiène. — Du coup de chaleur.

Accouchements. — Hémorragies des premiers mois de la grossesse.

Pathologie générale. — Du symptôme et du signe en général.

Ophthalmologie. — Anatomie de la zonule de Zinn et de la capsule du cristallin.

Médecine opératoire. — Des hémorragies de la paume de la main. — Indications et moyens de les remplir.

Anatomie. — Du canal inguinal.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Des lésions osseuses de la syphilis.

Anatomie pathologique. — Des lésions glandulaires qu'entraîne la rétention des produits.

Médecine légale. — Des signes propres à établir que l'enfant est né vivant.

Médecine expérimentale et comparée. — Des conditions qui permettent de reproduire expérimentalement les symptômes et les lésions de la pyohémie.

Cliniques médicales. — Des épilepsies dyscrasiques. — Diagnostic de l'angine de poitrine.

Cliniques chirurgicales. — Indications de la résection du coude. — Appréciation des divers procédés opératoires au point de vue de la reconstitution d'une articulation nouvelle. — De l'influence du diabète sur les suites des traumatismes et des opérations.

